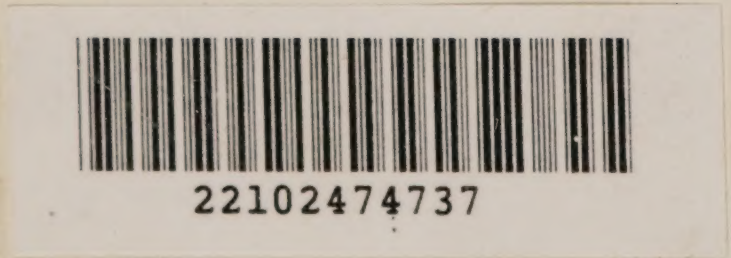
77.

A33



Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

# Vierteljahresschrift

für

# Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Dr. BOECK, Prof. CHVOSTEK, Prof. DUHRING, Prof. GEBER, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. JARISCH, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Dr. LESSER, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. POHL-PINCUS, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. H. v. ZEISSL, Dr. M. v. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von


Prof. Dr. H. Auspitz
Wien.

Prof. Dr. F. J. Pick
Prag.

Prof. Dr. J. Caspary
Königsberg.

Prof. Dr. A. Neisser
Breslau.



Zehnter 1883. Jahrgang.

*(Der Reihenfolge XV. Jahrgang.)*

Mit 9 Tafeln und 9 Holzschnitten.

**Wien, 1883.**

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. ser WR1 /003

# Inhalt.

## Originalabhandlungen.


Seite

Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. Von Dr. Max Bockhart, Assistent an der Klinik des Prof. Rinecker in Würzburg. (Hiezu Tafel I) . . . . . 3

Beobachtungen über Hirnsyphilis. Von Prof. Dr. Fr. Chvostek, k. k. Stabsarzte in Wien. (Fortsetzung und Schluss) . . . . . 19, 271

Ueber „Xeroderma pigmentosum", Lioderma essentialis cum Melanosi et Telangiectasia. Von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau . . . . 47

Die Lehre von den venerischen Contagien im achtzehnten Jahrhunderte. Eine historische Studie von J. K. Proksch, prakt. Arzte in Wien 63

Ueber Enteritis bei Lues hereditaria. Aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Prof. Kundrat von Dr. Franz Mračeк, Privat-Docent für Syphilis in Wien. (Hiezu die Tafeln III, IV, V, VI) . . . . . 209

Ueber das Keratoma palmare et plantare hereditarium. Eine Studie zur Kerato-Nosologie von Dr. P. G. Unna in Hamburg. (Hiezu Tafel VII) 231

Ueber die zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis erforderlichen sanitäts-polizeilichen Vorschriften. (Mit Berücksichtigung localer Verhältnisse.) Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 15. December 1882 gehaltenen Vortrag von Dr. Arthur Leppmann, Secundärarzt am Allerheiligen-Hospital zu Breslau . . . . . 289, 531

Die venerischen Erkrankungen und deren Uebertragbarkeit bei einigen warmblütigen Thieren. Von J. K. Proksch in Wien . . . . . 309

Pathologisch-anatomische Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie. Von Dr. A. Pospelow in Moskau. (Hiezu Tafel VIII) . . . . . 455

Zur Statistik des Lupus laryngis. Von Dr. Alex. Haslund, Chef der dermatolog. und syphilidolog. Abtheilung des Commune-Hospitals zu Kopenhagen . . . . . 471

Essentielle Erytheme (Auspitz) — Erythema multiforme und Purpura rheumatica — durch Schlundentzündungen hervorgerufen. Von Dr. Cäsar Boeck in Christiania . . . . . 481

Ueber das Leucoderma syphiliticum. Von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau 491

Ueber Syphilis haemorrhagica neonatorum. Von Ejnad Petersen, em. Secundararzt des städtischen Krankenhauses in Kopenhagen . . . 509

Beiträge zur Frage der Excision der syphilitischen Initialsclerose. Von Dr. Eduard Schiff in Wien . . . . . 519

Seite

## Kleinere Aufsätze und Casuistik.

Ein Fall von acuter Nephritis nach äusserer Application von Naphtol. Von Dr. Edmund Lesser . . . . . 87

Ein Fall von syphilitischer Reinfection innerhalb 9 Jahren. Von Dr. E. Arning . . . . . 92

Fall von syphilitischer Infection einer graviden Mutter seitens des recent luetischen Ehemannes. Gesundes Kind. Spätere Infection desselben durch die Mutter. Von Dr. E. Arning . . . . . 95

Herpes tonsurans in vier concentrischen Ringen. Von Dr. E. Arning. (Hiezu Tafel II) . . . . . 98

Gumma des Augenlides. Von Oscar Juliusburger, prakt. Arzt . . . 100

Gummata perforantia ossis frontis. Von Oscar Juliusburger, pr. Arzt 108

Experimentelle Untersuchung über Hautentzündung. Vorläufige Mittheilung von Dr. Ed. Schiff, Assistent der allg. Poliklinik in Wien. (Aus dem Laboratorium des Prof. Dr. S. v. Basch) . . . . . 355

Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartolinitis. Aus der Breslauer Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis. Von Dr. E. Arning, Assistent der Poliklinik . . . . . 371

Ein Fall von Papillomatosis universalis. Aus der dermatologischen Klinik des Prof. E. Lang in Innsbruck . . . . . 377

Ein Fall von diffuser idiopathischer Haut-Atrophie. Mitgetheilt von Dr. A. Buchwald in Breslau. (Hiezu Tafel IX) . . . . . 553

Einige Bemerkungen über die anästhetische Form des Aussatzes. Von G. Armauer Hansen . . . . . 557

Erwiderung auf den vorstehenden Aufsatz von Armauer Hansen in Bergen. Von Prof. A. Neisser in Breslau . . . . . 560

Ueber einige Inoculationsresultate von Sclerosen auf dem Träger. Von Dr. E. Pontoppidan in Kopenhagen . . . . . 566

Ein Fall von Excision einer Initialsclerose . . . . . 570

Ein Fall von gummöser Augenlid-Affection. Von Dr. J. Dornig, Primararzt in Laibach . . . . . 572

## Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie . . . . . 113, 581

Syphilis . . . . . 385, 643

**Buchanzeigen** und Besprechungen . . . . . 422, 670

**Nekrologe** (Ernst Veiel, Carl v. Sigmund, F. v. Rinecker) . . . . . 160

**Varia** . . . . . 172, 678

## Bibliographie

a) des Jahres 1882: Dermatologie III. und IV. Verzeichniss . . . 173, 425

Venerische Krankheiten III. u. IV. Verzeichniss 194, 443

b) des Jahres 1883: Dermatologie I. und II. Verzeichniss . . . . 683, 705

Venerische Krankheiten I. u. II. Verzeichniss 726, 737

## Register für den Jahrgang 1883:

Autoren-Register . . . . . 749

Sach-Register . . . . . 751

# Originalabhandlungen.

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6550id1398038

**Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Geheimrathes Prof. v. Rinecker in Würzburg.**

# Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers

von

**Dr. Max Bockhart**

Assistent der Klinik.

(Hiezu Tafel I.)

Das Contagium des Trippers, schon vor zweihundert Jahren von Balfour und Bell mit Bestimmtheit vermuthet, konnte erst zur Anschauung gebracht werden, nachdem Koch neue Untersuchungsmethoden in die mikroskopische Technik eingeführt hatte. Tarnowsky, der wie Ricord dem Tripper den Charakter einer specifischen localen Infectionskrankheit absprach und ihn zum einfachen Schleimhautkatarrh degradirte, verspottete mit Recht die ungeschickten Bemühungen früherer Forscher (Hallier, Donné, Salisbury u. A.), die im Trippereiter besondere Infusionsthierchen, neue Fungusarten u. dgl. gefunden und als die Ursache des contagiösen Processes hingestellt hatten.

Neisser[1]) hat nun im Jahre 1879 gonorrhoischen Eiter nach der Koch'schen Methode untersucht und in demselben die pathogenen Bacterien des Trippers, die Gonokokken, entdeckt. Neisser hat diese Mikrokokken sehr genau beschrieben[2]) und sie in zahlreichen Fällen von Harnröhrentripper und acuter Augenblennorrhöe nachgewiesen. Alle von Neisser untersuchten nicht complicirten gonorrhoischen Harnröhren- und Bindehaut-Affectionen enthielten nur diese eine Form von Mikrokokken. Viele Autoren

[1]) Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1879. 28.

[2]) l. c. und Deutsche med. Wochenschrift 1882. 20.

(Bokai, Aufrecht, Leistikow, Haab, Hirschberg, Sattler, Krause u. A.) haben diese Angaben Neisser's bestätigt und sehen mit ihm in den Gonokokken die Ursache des Trippers.

Auf Veranlassung unseres Chefs, des Herrn Geheimrath v. Rinecker, haben mein Vorgänger, Dr. Wolff und ich seit dem Jahre 1880 das Secret aller in die hiesige syphilitische Klinik aufgenommenen acuten und chronischen Urethritiden nach der Koch'schen und später nach der Ehrlich'schen Methode mikroskopisch untersucht und in sämmtlichen — 258 — Fällen das Vorhandensein der Neisser'schen Gonokokken festgestellt. Ich habe in den Monaten Juli bis November 1882 auch im Secrete von 14 nicht mit Urethritis complicirten eitrigen Vaginalfluoren und in dem von 2 eitrigen Cervicalkatarrhen die Gonokokken gefunden. An der hiesigen syphilitischen Klinik wurde seit 2 Jahren die Diagnose einer gonorrhoischen Affection in zweifelhaften Fällen aus dem Vorhandensein der Neisser'schen Gonokokken gestellt.

Die Angaben Neisser's über die Morphologie der Gonokokken wurden von allen Autoren, die sich mit der mikroskopischen Untersuchung des gonorrhoischen Eiters befasst haben, fast durchweg bestätigt.

Dr. Wolff und ich haben Tausende von Gonokokkenpräparaten angefertigt und wir haben die morphologischen Verhältnisse der Gonokokken bis auf eine Einzelheit ganz ebenso gefunden, wie Neisser sie mitgetheilt hat. Wir haben uns zu unseren Untersuchungen eines Mikroskops von Seibert mit Abbé'schem Beleuchtungsapparat und homogener Immersion $^1/_{12}$ bedient und haben mit Methylenviolett, Fuchsin und Bismarkbraun gefärbt. Auch wir konnten constatiren, dass die Neisser'schen Gonokokken niemals Ketten bilden, sondern stets zu Haufen gruppirt sind, die aus einer mehr oder minder grossen Anzahl von Einzelindividuen bestehen und deren oft kreisrunder Contour den Eindruck erweckt, als habe der ganze Haufen vorher eine Zelle ausgefüllt. Die einzelnen Kokken liegen innerhalb des Haufens höchst selten isolirt; gewöhnlich bilden je zwei eine biscuitförmige Figur (Diplokokken); nicht selten trifft man auch je vier Kokken in rhombischer Anordnung beisammen liegend. Der gonorrhoische Eiter enthält aber auch fast immer kleinere Gruppen von Gonokokken, die zu 2, 4, 6 oder 8 beisammen liegen und in

ihrer gegenseitigen Gruppirung recht häufig dem von Neisser im 20. Heft der deutschen medizinischen Wochenschrift 1882 abgebildeten Schema entsprechen, das die gewiss zutreffende Ansicht des Entdeckers über die Theilung und die Ursache der Haufenbildung der Gonokokken versinnbildlicht; nach derselben vermehren sich die Gonokokken durch Theilung abwechselnd im horizontalen und verticalen Durchmesser, welches Verhalten der Kokken eine Kettenbildung verhindert und die Haufenbildung veranlasst.

Wir haben niemals, wie Leistikow[1]) meint, die Grösse der einzelnen Gonokokken bei verschiedenen Trippern variiren sehen. Es ist im Gegentheil die stets gleiche Grösse jedes einzelnen Gonokokkus in den verschiedenen gonorrhoischen Secreten charakteristisch und für seine Erkennung werthvoll.

Die Gonokokkenhäufchen liegen meistens auf den Eiterzellen oder deren Kernen, nie in denselben, wie Haab[2]) und Leistikow[3]) glauben; Neisser sah sie auch auf Epithelzellen liegen, was wir nicht bestätigen können. Wir konnten nach unseren zahlreichen Untersuchungen das Verhältniss der Gonokokkenhaufen zu den Eiterzellen nur als ein mehr zufälliges, als eine Adhäsionserscheinung ansehen. Uebrigens finden sich Gonokokkenhäufchen und ganz kleine Gruppen auch frei im Secrete. In Fig. 1 (Seibert homog. Immersion Ocular III) habe ich einen frei im Secrete zwischen Kernen von Eiterzellen liegenden und einen einer Eiterzelle adhärirenden Gonokokkenhaufen abgebildet.

Das Secret eines jeden von uns untersuchten acuten und chronischen Harnröhrentrippers enthielt die Neisser'schen Gonokokken und zwar um so zahlreicher, je frischer der Fall war. Ganz frische Harnröhrentripper des Mannes jedoch mit massigem Secret lieferten in der Periode der profusesten Secretion auffallend wenig Gonokokken. Auch im schleimig-eitrigen Secrete eines seit 11 Monaten bestehenden chronischen Harnröhrentrippers fand ich noch Gonokokken, allerdings in den meisten Präparaten höchstens 2 Häufchen, in manchen auch gar keines. In allen Fällen von

[1]) Charité-Annalen 1882.

[2]) Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1881, 3 u. 4. — Der Mikrokokkus der Blennorrhoea neonatorum. Horner'sche Festschrift 1881.

[3]) l. c.

chronischem Tripper ist die Menge der Gonokokken im Eiter eine spärliche.

Wir haben im Secrete der gonorrhoischen Urethritis neben den Neisser'schen Gonokokken niemals auch noch andere Kokken oder Bacterien gefunden. Dagegen habe ich eine nicht gonorrhoische Harnröhrenentzündung beobachtet, deren Secret eine kettenbildende Kokkenform und eine Bacterienart, aber keine Gonokokken enthielt. Ich theile den interessanten Fall in Kürze mit: Ein alter Pensionist mit Prostatahypertrophie wurde aus Versehen mit einem Katheter katheterisirt, der mit phlegmonösem Eiter in Berührung gekommen war; 24 Stunden darnach stellte sich Jucken in der Harnröhre und ein spärlicher eitriger Ausfluss aus derselben ein, der, wie gesagt, keine Gonokokken, sondern zwei andere Pilzformen enthielt. Häufige Injectionen von $^1/_2\,^0/_0$iger Carbolsäurelösung heilten diese Urethritis innerhalb acht Tagen.

Im Secrete des gonorrhoischen Vaginalfluors kommen die Tripperkokken mit anderen Kokken und mit Bacterien zusammen vor; sie finden sich hier jedoch selten in grösseren Haufen, sondern liegen meistens in kleineren, aus 4—8 Individuen bestehenden Gruppen beisammen.

Das Secret der beiden oben erwähnten Fälle von eitrigem Cervicalkatarrh enthielt die Gonokokkenhaufen in derselben Zahl und Anordnung, wie das eines acuten Harnröhrentrippers. Den einen der beiden Fälle will ich kurz referiren: Das 10jährige Taglöhnerskind Margaretha B. von W. wurde von einem an Gonorrhöe leidenden Manne geschlechtlich missbraucht. 8 Tage nach dem Stuprum wurde die Patientin wegen gonorrhoischer Blennorrhöe des rechten Auges in die hiesige Universitäts-Augenklinik aufgenommen. Im eitrigen Conjunctivalsecrete fanden sich die Neisser'schen Gonokokken. Die Genitalaffection, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, stellte sich dar als ein Urethral-, Vaginal- und Cervical-Tripper. Nach Einführung eines kleinen Speculums in die Vagina konnte ich mittelst eines Stäbchens einen Tropfen Eiter aus dem Cervical-Canal herausdrücken, der reichlich Gonokokken enthielt. Nachdem der Conjunctivaltripper geheilt war, wurde die Patientin (am 3. XI. 1882) in die syphilitische Klinik aufgenommen. Der Cervicalfluor bestand noch 14 Tage und enthielt während dieser ganzen Zeit Gonokokken.

Am 20. XI. 1882, 5 Wochen nach der Infection, wurde die Pat. geheilt entlassen.

Um die pathogene Natur der Gonokokken darzuthun, haben Neisser[1]), Leistikow[2]) und Krause[3]) Culturversuche auf festem Nährboden nach der von Koch angegebenen Methode, und mit den erzielten Reinculturen Impfversuche auf die Harnröhrenschleimhaut und Conjunctiva von Thieren angestellt. Die Züchtungsversuche sind den drei genannten Forschern sehr wohl gelungen und die Eigenartigkeit der erzielten Reinculturen lieferte einen weiteren werthvollen Beweis für die specifische Natur der Gonokokken. Allein die Inoculationen der Reinculturen in die Harnröhre und auf die Conjunctiva von Affen, Hunden, Katzen, Kaninchen, Mäusen, Tauben etc. ergaben sämmtlich ein negatives Resultat. Thiere sind eben für die Gonokokken geradeso unempfänglich wie für das syphilitische Contagium.

Herr Geheimrath v. Rinecker hat von jeher die Immunität der Thiere gegenüber den venerischen Krankheiten des Menschen behauptet; er hat auch stets die Ansicht vertreten, dass die Pathogenie dieser Krankheiten und so in specie auch des Trippers nur durch Inoculationen auf den Menschen gefördert werden könne. Auf seine Veranlassung hin unternahm ich in einem Falle, wo die bereits hoffnungslose Lage des Patienten es gestattete, einen Ueberimpfungsversuch mit einer Reincultur von Gonokokken in eine bisher völlig gesunde Harnröhre. Dieser Versuch, den ich in der Form einer vorläufigen Mittheilung bereits veröffentlicht habe[4]), sollte Klarheit in mehrere Fragen bringen. Einmal fehlte bisher der stricte Nachweis der pathogenen Natur der Gonokokken; ferner sollte er Aufschluss geben über die noch dunkle Pathologie des Harnröhrentrippers, über das Verhältniss der Gonokokken zum Gewebe der Urethra, über das Wesen der Complicationen des Trippers; schliesslich durfte man von ihm werthvolle Fingerzeige für eine rationelle Therapie erwarten.

Das Material zu dieser Impfung verdanke ich der Güte des Herrn Dr. Fehleisen, Assistenten der Bergmann'schen Klinik,

---

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1882, 20.

[2]) l. c.

[3]) Centralblatt f. prakt. Augenheilk. 1882, Maiheft.

[4]) Sitzungsber. d. phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg. Sept. 1882.

früher hier, jetzt in Berlin. Derselbe züchtete Gonokokken nach Koch'scher Methode auf Fleischinfuspepton-Gelatine und stellte mir eine vorher mikroskopisch untersuchte Reincultur vierter Generation zur Verfügung. Diese Reincultur injicirte ich in die bisher völlig gesunde Harnröhre des 46jährigen K. S., der seit 3 Jahren an Dementia paralytica litt, nun im Endstadium seiner Hirnerkrankung sich befand und bei dem die stetig fortschreitende Paralyse und der täglich an Umfang gewinnende Decubitus den lethalen Ausgang in nächster Zeit erwarten liess. K. S. war seit mehreren Monaten vollkommen anästhetisch und liess Koth und Urin unter sich gehen; seit vielen Wochen lag er ruhig zu Bette und musste künstlich gefüttert werden. Die Injection geschah am 10. VII. 1882 Nachmittags $2^1/_2$ Uhr mittelst einer vorher ausgeglühten Spritze. Am Abende dieses Tages zeigte der aufgefangene Urin eine Spur von Trübung, die aus der nicht resorbirten Nährgelatine bestand und einzelne Gonokokkenhäufchen enthielt. Diese letzteren waren offenbar durch den abfliessenden Urin wieder ausgespült worden. Am 11. VII. war der Urin ganz klar. Am Morgen des 12. VII. war das Orificium cutaneum urethrae leicht geröthet, und es entleerten sich aus demselben auf Druck einige Tropfen schleimigen Secretes, das weder Eiterzellen noch Gonokokken enthielt. Am 13. VII. Morgens konnte auf Druck ein Tropfen gelben Eiters aus der Harnröhre ausgepresst werden. Am 14. VII. war die Eitersecretion ebenfalls spärlich; es entleerten sich auf Druck nur wenige dicke gelbe Eitertropfen aus der Mündung der Urethra. Da Patient ruhig im Bette lag, konnte eine profusere Secretion aus der Harnröhre kaum erwartet werden; um diese gleichwohl hervorzurufen, wurde ihm am 14. VII. Nachmittags statt des täglichen Quantums Wein $^1/_2$ Liter Bier beigebracht. Der Erfolg war ein eclatanter: Am 15. VII. des Morgens war die lebhaft geröthete Harnröhrenmündung mit eingetrocknetem eitrigem Secret verklebt; mit Leichtigkeit konnte nun viel dünnflüssiger Eiter aus der Harnröhre herausgestreift werden. Es wurden an diesem Tage 17 Cubikcentimeter Eiter gesammelt, aber viel mehr producirt, da sich auch mit dem Urin viel Eiter entleerte. Der aufgefangene Urin war trüb und enthielt viel eitriges Sediment. Vom 16. bis 17. Juli verhielt sich der Ausfluss aus der Urethra, namentlich was dessen Menge betrifft, der Urin

und die Röthung der Harnröhrenmündung ebenso wie am 15. VII. Am 18. VII. stellte sich unter hohem Fieber (40·2°) eine sehr ausgedehnte hypostatische Pneumonie des linken Unterlappens ein. Die Eitersecretion aus der Harnröhre war an diesem Tage, sowie am 19. VII. weniger massenhaft als an den vorhergehenden Tagen, aber immerhin sehr reichlich. Der Urin dagegen enthielt am 18. und 19. VII. eine auffallend grosse Menge Eiter. Am 20. VII. starb Patient im paralytischen Anfall.

Vom 12. bis 19. VII. habe ich das Secret dieses eclatanten Harnröhrentrippers jeden Tag mikroskopisch untersucht. Ich fertigte täglich 10—15 Deckgläschen-Präparate nach der Ehrlich'schen Methode an und färbte dieselben mit Methylenviolett, Fuchsin und Bismarkbraun. Mit Ausnahme der Präparate vom 12. VII. fanden sich in sämmtlichen (Eiter-)Präparaten zahllose Gonokokkenhäufchen. Zwei derselben aus einem Präparate vom 15. VII. sind in Fig. 1 abgebildet. Die beiden Häufchen und die einzelnen Kokken zeigen die oben beschriebenen charakteristischen Eigenschaften. Zur Erklärung der Fig. vgl. pag. 5.

Die Obduction des am 20. VII. verstorbenen K. S. fand am 21. VII. statt. Aus dem Sectionsbefund, der als Todesursache Hirnödem, Hydrocephalus externus und internus, Atrophie der Hirnrinde und hypostatische Pneumonie aufwies, erwähne ich nur den Befund am Urogenitalapparat: Rechte Niere: Nach Ablösung der Kapsel in der Mitte eine grössere Gruppe von Abscessen, welche eine ganze Malpighi'sche Pyramide einnehmen; daneben zwei kleine Abscessgruppen. Schleimhaut des Nierenbeckens hyperämisch; sie sondert einen dünnen schleimigen Eiter ab. An der Spitze der genannten Pyramide mehrere zum Durchbruch reife Abscesse. Die eben erwähnte Hauptgruppe von Abscessen entspricht einer völligen Confluenz von Eiterherden. Rings um die Abscesse ist das Nierenparenchym deutlich geschwellt und hyperämisch. Linke Niere normal. Die Schleimhaut der Harnblase deutlich hyperämisch, besonders am Trigonum Lieutaudii mit deutlicher Nekrose einiger hervorragender Punkte. In der Pars prostatica verliert sich die Entzündung, welche auch den oberen Theil der Harnblase weit schwächer betroffen. Venen des Plexus vesicalis stark gefüllt. Die Länge der Harnröhre betrug 18 Cm., von denen 13 auf die Pars cavernosa entfielen. Vom Orificium cutaneum an gerechnet war die

Schleimhaut der Harnröhre in einer Länge von 6 Cm. mit zähem blutig-eitrigem Exsudat belegt, das am reichlichsten die untere Wand der Fossa navicularis bedeckte. Das ganze Corpus cavernosum urethrae war deutlich geschwellt und sehr blutreich. Gegen die Pars prostatica hin verlor sich die Entzündung.

Der anatomische Befund in der Harnröhre bot das gewöhnliche Bild des freilich selten zur Autopsie gelangenden acuten Harnröhrentrippers. Ueberraschend dagegen war die Verbreitung der gonorrhoischen Entzündung in so kurzer Frist von der Harnröhre aus auf die Blase und die rechte Niere. Denn, dass es sich hier um eine gonorrhoische Cystisis und Nephritis handelte, ging aus der mikroskopischen Untersuchung des Eiters der Nierenabscesse hervor: derselbe enthielt nämlich eine ungemein grosse Anzahl von Gonokokken, die theils zu den charakteristischen Haufen angeordnet waren, theils kleine aus 2—8 Kokken bestehende Gruppen bildeten — also in der gleichen Anordnung auftraten, wie im Secrete des Vaginaltrippers. Uebrigens fanden sich neben den Gonokokken auch Fäulnissbacterien in geringer Anzahl, die jedoch wohl erst post mortem eingewandert waren. Ich will noch bemerken, dass der Patient K. S. niemals katheterisirt wurde.

Es lag hier also einer jener sehr seltenen Fälle vor, in denen sich der gonorrhoische Process noch während des acuten Stadiums der Entzündung auf die Blase und das Nierenparenchym fortpflanzte, um im letzteren Abscessbildung zu veranlassen. Durch acuten Tripper bedingte abscedirende Nephritis wollen Zeissl[1]) und Tarnowsky[2]) nie beobachtet haben; dagegen wohl Vereiterung einer oder beider Nieren, wenn durch den Tripper bereits Stricturen mit oder ohne purulenten Blasenkatarrh entstanden waren. Nur Vidal[3]) und Rosenstein[4]) berichten von Fällen, in denen während des acuten Trippers plötzlich Nephritis auftrat. In unserem Falle ist die Entstehung der Nierenabscesse, an deren mögliches Auftreten bei Vornahme des Experimentes

[1]) Lehrbuch der Syphilis 1875.
[2]) Vorträge über venerische Krankheiten. Berlin 1872.
[3]) Gazette des Hôpitaux 1842.
[4]) Nierenkrankheiten. Berlin 1870.

nicht im entferntesten gedacht wurde, leicht erklärlich: Die ungeheure Menge der in die Harnröhre injicirten Gonokokken veranlasste auch eine sehr viel intensivere und ausgedehntere Entzündung, als sie nach einer gewöhnlichen Infection zu entstehen pflegt. Interessant, wenn auch von vorneherein zu erwarten, ist der Gonokokkenbefund im Nierenabscess-Eiter. Den Modus der Verbreitung der Gonokokken von der Harnröhre aus in die Nieren werde ich weiter unten besprechen.

Die Harnröhre wurde gleich nach der Obduction in absolutem Alkohol gehärtet und dann mit dem Schlittenmikrotom in feinste Schnitte zerlegt. Die Schnitte wurden nun nach bekannten Methoden mittelst Methylenviolett gefärbt und ein Theil derselben nachher mit einer schwachen Lösung von kohlensaurem Kali wieder entfärbt, welches Mittel nur den Bacterien die Farbe lässt; in controlirender Weise wurden ungefärbte Schnitte mit Essigsäure und Kalilauge behandelt. Die mikroskopische Untersuchung dieser Bacterienschnitte, die über das Verhältniss der Gonokokken zum Gewebe der Urethra — über die pathologische Anatomie des Trippers — Aufschluss verschaffen sollte, ergab Folgendes:

Bei schwacher Vergrösserung und ohne Abbé'schen Beleuchtungsapparat erschien das Epithel des ganzen entzündeten Theils der Harnröhre gequollen und an vielen Stellen zerklüftet, letzteres namentlich dort, wo demselben viel Exsudat auflag, also in der Fossa navicularis. Die Bluträume der Pars cavernosa desselben Theiles der Harnröhre enthielten eine grosse Anzahl weisser Blutzellen; das bindegewebige Balkenwerk der Pars cavernosa war aufs reichlichste durchsetzt von ausgewanderten weissen Blutkörperchen, die an Anzahl gegen die Albuginea hin abnahmen und nicht über dieselbe hinaus in die Schwellkörper des Penis eindrangen. Das Gewebe der Schleimhaut und der Submucosa bot ein anderes Bild an den Schnitten, die der Fossa navicularis, als an denen, die dem höher gelegenen Theil der Harnröhre entnommen waren. Zwar waren im Bereiche der Entzündung die Schleimhaut und das submucöse Bindegewebe und die in ihnen befindlichen Längs- und Querschnitte der Blutgefässe überall von einer grossen Anzahl dicht beisammen liegender weisser Blutzellen durchsetzt; allein im Bereiche der Fossa navicularis erblickte man zwischen denselben auch Lymphgefässe und Bindegewebsspalten

und grosse frei im Gewebe liegende Zellen, die mit Farbstoff ganz erfüllt schienen. Uebrigens erstreckte sich die Infiltration mit Wanderzellen, wenn auch in weit geringerem Masse, über den makroskopisch als entzündet wahrnehmbaren Theil der Harnröhre hinaus bis in die Pars prostatica, um hier wieder lebhafter zu werden.

Bei starker Vergrösserung (homogener Immersion $^1/_{12}$) und Abbé'schem Beleuchtungsappararat gewährten die Schnitte, die dem entzündeten Theil der Harnröhre dicht oberhalb der Fossa navicularis entnommen waren, ein überraschendes Bild: Ungefähr die Hälfte all der zahllosen ausgewanderten und der in den Querschnitten der Bluträume liegenden weissen Blutkörperchen enthielt Gonokokken; dieselben lagen nur in den Kernen dieser Zellen, nicht im Zellleib. Die Epithelien der Schleimhaut enthielten weder in diesem noch in irgend einem anderen Theil der Harnröhre Gonokokken. Die kokkenhaltigen Wanderzellen waren indess nicht gleichmässig über das ganze Gewebe des Schwellkörpers der Harnröhre vertheilt; am wenigsten reichlich fanden sie sich im Balkenwerk und in den Bluträumen des an die Albuginea stossenden Theiles des Corpus cavernosum urethrae; zahlreicher schon traten sie auf in der Uebergangszone zwischen cavernösem und submucösem Gewebe; in der Submucosa und Mucosa lagen sie am dichtesten gedrängt beisammen — also dort wo die Lymphgefässe der Urethra verlaufen; zwischen den Epithelzellen der Schleimhaut waren sie nicht eben zahlreich, doch sah man nicht wenige, die offenbar im Begriffe gewesen waren, gegen das Harnröhrenlumen zu auszuwandern; in dem auf dem Epithel gelegenen — hier übrigens spärlichen — Exsudate fanden sich neben kokkenfreien Eiterzellen nur jene Haufen von Gonokokken, die man im Trippereiter sieht.

Fig. II. zeigt einen solchen Schnitt bei homogener Immersion $^1/_{12}$ und Ocular 0; er ist ein Frontalschnitt durch eine der longitudinalen Falten der Harnröhrenschleimhaut und zeigt ausser dieser noch einen Theil des submucösen Gewebes; das cavernöse Gewebe ist in der Figur nicht mehr zu sehen. Die Epithelschicht (*a*-*a*) enthält eine Anzahl gonokokkenhaltiger Wanderzellen; das Epithel selbst ist trüb, gequollen und zeigt bei *a'* Zerklüftung. Exsudat liegt dem Epithel hier nicht auf. Die Mucosa (*b*-*b*) und

die Submucosa (*c-c*) sind erfüllt von einer grossen Anzahl kokkenfreier und von einer noch viel grösseren gonokokkenhaltiger Wanderzellen. Dazwischen sind Bindegewebskörperchen und Bindegewebe sichtbar. Die in der Schleimhaut und im submucösen Gewebe befindlichen Blutgefässquerschnitte (*d-d*) enthalten rothe und weisse Blutkörperchen; von den letzteren sind einige mit Gonokokken erfüllt. Merkwürdig und charakteristisch ist das Zahlen- und Lagerungsverhältniss der Gonokokken in den weissen Blutkörperchen, resp. deren Kernen. Ich fand nämlich niemals eine ungerade Anzahl von Gonokokken in den Zellkernen liegend, sondern sie betrug stets 4, 6, 8, 10 oder 12. In der Regel lagen je zwei Kokken beisammen: Diplokokkenform. Im Inneren der Kerne sind die Gonokokken entweder in Kreisform angeordnet, ein kokkenfreies Centrum einschliessend, oder sie erfüllen gleichmässig den ganzen Zellkern. Die gonokokkenhaltigen Kerne erschienen durchweg grösser als die kokkenfreien.

Ein von den bisher betrachteten Schnitten abweichendes Bild boten, wie schon erwähnt, die dem Naviculartheil der Harnröhre entnommenen Schnitte insofern, als zu den die Schleimhaut und den Schwellkörper durchsetzenden Wanderzellen noch von Farbstoff scheinbar erfüllte Lymphgefässe, Bindegewebsspalten und grosse frei im Gewebe liegende Zellen hinzukamen. Diese Lymphgefässe und Bindegewebsspalten lagen in der Mucosa und Submucosa und nur in der unteren Wand der Fossa navicularis; die grossen Zellen dagegen waren durch die ganze Schleimhaut und das submucöse Gewebe zerstreut; sie nahmen an Anzahl gegen das cavernöse Gewebe zu ab, in welchen sie sich nicht mehr fanden. Auf ungefähr 10 Wanderzellen kam eine der grossen durch Farbstoff scheinbar aufgeblähten Zellen. Die Lymphgefässe und Bindegewebsspalten verliefen im Allgemeinen parallel mit der Längsaxe der Urethra und hingen durch Queranastomosen mit einander zusammen.

Bei starker Vergrösserung (homogener Immersion $^1/_{12}$) löste sich die scheinbare Farbstoff-Injection der Lymphgefässe und Bindegewebsspalten in eine ungeheuere Menge eng beisammen liegender Gonokokken auf, welche jene geradezu thrombosirten. Diese Thrombose war am ausgesprochensten in der Mitte der Fossa navicularis: sie begann und endete allmälich, je ca. 5 Millimeter

vom vorderen und hinteren Ende der Fossa entfernt. Die Gonokokken lagen hier meist so eng beisammen, dass man Diplokokkenformen gar nicht recht unterscheiden konnte; es lag eben ein Gonokokkus dicht am andern. Nur dort, wo die Erfüllung der Lymphräume mit Kokken eine weniger reichliche war, also an der vorderen und hinteren Grenze der schiffförmigen Grube, liessen sich deutlich Diplokokken erkennen. Das Harnröhrengewebe war in der Fossa navicularis von ebenso zahlreichen Wanderzellen durchsetzt wie oberhalb derselben; doch enthielten hier noch weit mehr weisse Blutkörperchen, resp. deren Kerne, Gonokokken und zwar in derselben Weise, wie bei den oben beschriebenen Schnitten aus dem jenseits der Fossa gelegenen Theile der Harnröhre. Auch die Blutgefässquerschnitte enthielten gonokokkenhaltige weisse Blutkörperchen.

Die schon mehrfach erwähnten grossen, von Farbstoff, wie es schien, aufgeblähten Zellen, deren Anzahl, wie bereits bemerkt, zu der der Wanderzellen sich verhielt wie 1 : 10, waren ganz ebenso, wie jene Lymphräume, von einer ungemein grossen Zahl dicht gedrängter Gonokokken erfüllt. Auch hier löste sich die Farbstoffmasse bei Betrachtung mit homogener Immersion $^1/_{12}$ in Gonokokkenhaufen auf. Die Zellen selbst erwiesen sich als ausgewanderte weisse Blutzellen, deren Leiber und Kerne mit Gonokokken vollgepfropft waren. Die Anzahl der diese Zellen erfüllenden Gonokokken betrug 30—100; die Zellkerne waren nie so ganz durchsetzt von Gonokokken, sondern enthielten immer noch einige lichte Stellen. Der Contour der Kerne war in der Regel deutlich, in einigen Zellen war er mehr oder minder verschwommen und in manchen, die jedoch ihre Zellnatur eingebüsst hatten, zerstört schienen und nur noch Gonokokkenhaufen darstellten, war er nicht mehr zu sehen. Die Zellen selbst hatten eine runde oder ovale Form und waren 3—5 Mal so gross als eine gewöhnliche Wanderzelle. Die Kerne waren nie in der Mitte der Zelle, sondern immer excentrisch gelegen, so dass es den Eindruck machte, als seien sie von den Gonokokken an die Wand gedrückt worden. In den Fällen, in denen der Contour der Kerne nicht mehr sichtbar war, zeigte sich bei genauer Betrachtung auch die Zellenembran nicht mehr als eine scharfe Linie, sondern sie war an mehreren Stellen eingerissen, zerklüftet; aus den Rissstellen aber waren 2, 4, 6 und

mehr Gonokokken ausgeschwärmt und hatten sich in grösserer oder geringerer Entfernung von der ursprünglichen Zelle im Gewebe festgesetzt. Hier handelte es sich offenbar nicht mehr um eine Zelle — diese war zerstört — sondern um einen Gonokokkenhaufen von derselben Art wie die im Trippereiter befindlichen. In diesen grossen Zellen und Haufen bildeten die Gonokokken ebenfalls zumeist die Diplokokkenform.

Fig. III zeigt ein Stück Mucosa aus dem mittleren Theil der Fossa navicularis bei homog. Immers. $^1/_{12}$ und Ocul. II gezeichnet. Man sieht ausser dem Bindegewebe kokkenhaltige und kokkenfreie Wanderzellen, Bindegewebskörperchen und Querschnitte von glatten Muskelfasern. Bei *d, d* Querschnitte von Blutgefässen, in deren einem 2 kokkenhaltige weisse Blutkörperchen liegen. Die rothen Blutzellen sind nicht mehr sichtbar; bei *d'* ein der Länge nach getroffenes Blutgefäss mit rothen Blutkörperchen. Bei *a* sieht man ein schlingenförmig in die Tiefe verlaufendes und zweimal im Querschnitt getroffenes Lymphgefäss, das von Gonokokken thrombosirt ist. Bei *b* liegt eine von Gonokokken erfüllte Bindegewebsspalte. Bei *c, c* zwei der grossen noch kernhaltigen Wanderzellen, deren Leiber von Gonokokken aufgebläht und deren Kerne ebenfalls kokkenhaltig sind.

Fig. IV ist dem gleichen Schnitt entnommen wie Fig. III und bei derselben Vergrösserung gezeichnet. Sie bringt eine jener Wanderzellen zur Anschauung, die in der Umwandlung zu einem Gonokokkenhaufen begriffen sind; dieselbe enthält zwar noch zwei nicht mehr deutlich contourirte Kerne, allein oben und unten ist die Zellmembran offenbar eingerissen und sind bei *a'* ein Gonokokkus, bei *a* 18 Gonokokken ins umliegende Gewebe ausgeschwärmt. Bei *b, b, b'* kokkenhaltige gewöhnliche Wanderzellen.

In den Schleimhautfalten der Harnröhre, speciell der Fossa navicularis, fand ich trotz aller Mühe, die ich bei Herstellung der Präparate gerade darauf verwendete, niemals erheblichere Mengen von Gonokokken, als an der übrigen Oberfläche der Schleimhaut auch. Ebenso kann ich constatiren, dass die in die Harnröhrenschleimhaut eingebetteten Drüschen nichts mit den Gonokokken zu thun haben.

Der Impfversuch hat nun ergeben, dass die Gonokokken die pathogenen Bacterien des Trippers sind, die, in die Harnröhren-

schleimhaut gebracht, hier nach einer Incubation von $2^1/_2$ Tagen eine Gonorrhöe erzeugten.

Die mikroskopische Untersuchung der Gonokokkenschnitte gab Aufschluss über die Pathologie des Harnröhrentrippers. Derselbe ist also eine locale Infectionskrankheit, eine specifische Entzündung, die bedingt ist durch Einwanderung von Gonokokken in die Lymphbahnen der Fossa navicularis und sich weiterhin darstellt als eine Infiltration der ganzen Schleimhaut und des ganzen cavernösen Gewebes des vordersten Theils der Harnröhre mit kokkenfreien und gonokokkenhaltigen Wanderzellen. Wie geht nun dieser Process vor sich? Ich denke so: die Gonokokken wandern zwischen den Epithelien der Schleimhaut hindurch in die Lymphbahnen der Fossa navicularis ein; hier vermehren sie sich massenhaft bis zur Thrombose der Lymphgefässe und rufen eine lebhafte Entzündung und Auswanderung farbloser Blutkörperchen hervor. Gleich bei ihrer Invasion in die Lymphbahnen haben sie sich auf die hier eben befindlichen weissen Blutzellen geworfen und anfangs deren Kerne, schliesslich auch deren Zellenleib ganz erfüllt. Mit diesen wandern sie nun durch das Schleimhautgewebe gegen das Harnröhrenlumen zu und zerstören ihre Träger entweder hier, um dann als die bekannten Gonokokkenhaufen im Trippereiter zu erscheinen, oder schon im Gewebe und liegen dann als freie Häufchen in demselben. Nun ist es klar, warum die Form der Gonokokkenhaufen im Eiter zwar an einen Zellcontour erinnert, diese selbst aber mit den Eiterzellen nichts zu thun haben, ihnen höchstens ankleben. Die im Schleimhautgewebe selbst durch Berstung der grossen Wanderzellen frei gewordenen Gonokokken dringen nun sofort in die in ihrer Nähe befindlichen Wanderzellen resp. deren Kerne. Fig. IV legt diese Deutung nahe genug. In den Kern der weissen Blutzelle bei *b'* sind offenbar einige der eben aus der geborstenen grossen Zelle ausgeschwärmten Gonokokken eingewandert und haben sich in ihm vermehrt. Mit diesen Wanderzellen dringen sie nun in die Blutgefässe, durchsetzen das ganze urethrale Gewebe und wandern in den Bindegewebsspalten nach aufwärts. In der Blutbahn aber und im Gewebe werden sie zerstört. War jedoch, wie bei unserem Impfversuch, ihre Menge eine sehr grosse, so konnte der Organismus keinen rechten Widerstand leisten und sie vermochten sich durch die ganze Harnröhre hindurch und durch

die Blase in die Niere zu verbreiten und in diesem weichen Drüsengewebe Abscedirung zu veranlassen.

In gleicher Weise erklären sich die übrigen Complicationen des Trippers: das Oedem der Harnröhrenmündung, Eichel und Vorhaut durch Thrombose der Lymphbahnen; die Lymphangitis dorsi penis und die Tripperbubonen durch Verbreitung auch auf die höher gelegenen Lymphbahnen von denen der unteren Wand der Harnröhrenschleimhaut aus. Dr. Wolff hat im vorigen Jahre im Eiter eines auf der hiesigen Klinik geöffneten abscedirenden Tripperbubo die Gonokokken nachgewiesen; er wird diesen sehr interessanten Fall demnächst näher beschreiben. Die seltenen periurethralen Abscesse und die durch sie bedingten Stricturen gehen wohl aus Lymphgefässthrombosen hervor. Die Entzündung des Samenstrangs und Nebenhodens ist kaum unzweifelhaft auf eine Verbreitung der Gonokokken in den Vasa deferentia zurückzuführen; hier kommen vermuthlich noch andere Umstände in Betracht. Die bei chronischem Tripper in der Harnröhre sich bildenden Granulationen verdanken ihre Entstehung gewiss nur der chronischen Entzündung als solcher, nicht der specifischen Infection. Unzweifelhaft dagegen ist die Aetiologie der im Verlaufe eines Trippers hie und da zur Beobachtung gelangenden Endocarditis und Arthritis gonorrhoica. Hier kann es sich um nichts Anderes handeln, als um eine Verschleppung der Gonokokken durch die Blutbahn ins Endocardium und in die Synovialmembranen der Gelenke. Ich habe gezeigt, dass die Querschnitte der Blutgefässe in den Gonokokkenschnitten aus der Harnröhre kokkenhaltige weisse Blutzellen genug enthalten. Finden sich viele dieser Zellen in dem einen oder anderen Blutgefäss oder Blutraum der Cavernosa, so ist es möglich, dass die Gonokokken nicht alle vernichtet werden, sondern einige auf embolischem Wege in den Kreislauf gelangen, auf Prädilectionsstellen (Endocard und Synovialhaut der Gelenke) haften bleiben und hier eine specifische Entzündung veranlassen [1]). Die Endocarditis und Arthritis gonorrhoica kann wohl nicht mehr geläugnet werden.

Auch wichtige therapeutische Gesichtspunkte resultiren aus den geschilderten pathologischen Verhältnissen. Die von vielen

[1]) Vgl. Martin, Recherches anatomo-patholog. sur les inflammations métastat. suppur. à la suite de la gonorrhée. Genève 1882.

Aerzten noch geübte, von den meisten Klinikern jedoch verlassene, abortive Behandlung des Trippers erscheint nun völlig unhaltbar. Um die Ursache der Entzündung, die Gonokokken, zu beseitigen, müsste die ganze Schleimhaut, Submucosa und ein Theil des cavernösen Gewebes weggeätzt werden. Man hat sich in der Trippertherapie in neuester Zeit mit vollem Recht den antiseptischen Mitteln zugewandt. Jodoform scheint vorzügliche Dienste zu leisten, nicht so das Sublimat. Gegen das letztere Mittel spricht sein chemisches Verhalten dem Eiter gegenüber; in dieser alkalischen Flüssigkeit zersetzt es sich und geht unlösliche nicht mehr antiseptische Eiweissverbindungen ein. Die Erfahrungen über Trippertherapie, die an der hiesigen Klinik gemacht wurden, werde ich später veröffentlichen. Uebrigens hilft sich die Natur auch von selbst; ein Tripper kann, freilich nur nach langem Bestand, von selbst heilen. Die immer profuser werdende Eiterung spült auch immer mehr Gonokokken an die Schleimhautoberfläche, bis schliesslich bei schwindender Lymphgefässthrombose mehr Kokken eliminirt werden als sich im Gewebe durch Theilung neue bilden. Dann hört der Entzündungsprocess von selbst auf.

Diese Gonokokkenüberimpfung würde somit den zweiten gelungenen Versuch der Erzeugung einer Infectionskrankheit im Menschen durch Inoculation einer im Reagensglas gezüchteten Reincultur der sie bedingenden — pathogenen — Bacterien darstellen. Der Erste der dies Experiment zweimal mit Erfolg anstellte war Fehleisen[1]), indem er zu therapeutischen Zwecken mit einer Reincultur von Erysipelkokken — das eine Mal vierter, das andere Mal neunter Generation — einer mit Fibroma molluscum behafteten und einer an inoperablem Mammacarcinom leidenden Frau Erysipel einimpfte.

[1]) Sitzungsber. der Würzb. phys.-med. Gesellschaft 11. Sept. 1882, und mündliche Mittheilung.

# Beobachtungen über Hirnsyphilis.

Von

**Prof. Dr. Fr. Chvostek**

k. k. Stabsarzte in Wien.

(Fortsetzung.)

---

15. Beob. Etwa ein Jahr nach dem Schanker durch einige Tage Dienstunfähigkeit wegen neuralgischer Kopfschmerzen. 1 Monat später wieder Kopfschmerzen und ein papulöses Exanthem. Schmierkur. Etwa 4 Monate später eine Halsaffection mit Drüsenschwellungen am Halse. — Nicht ganz 2 Jahre nach dem Schanker linksseitige, besonders des Nachts exacerbirende Kopfschmerzen. Einige Tage darnach apoplektiformer Anfall, nach welchem eine bald vorübergehende Parese der Wangenzweige des r. Facialis, der rechtsseitigen Extremitäten und der Zunge, und ausserdem eine starke Aphasie, Agraphie, Alexie und Worttaubheit und eine mässige Abstumpfung der Sensibilität rechts zurückblieb. Unter Jodkali, Schmierkur nur mässige Besserung der Aphasie, Worttaubheit etc. Ende des 7. Monats nach dem Eintritte der Hirnerscheinungen abermals ein apoplektiformer, vielleicht epileptiformer Anfall. Als Pat. etwa 5 Monate nach dem letzteren ins Spital kam, fand sich Parese des linken Facialis und der linken oberen Extremität, leichte Verschlimmerung der Aphasie und der Worttaubheit. Dazu gesellten sich bald Somnolenz, häufig unwillkürliche Entleerung, Pulsverlangsamung, nächtliche Delirien, ziemlich rasch zunehmende Schwäche, Verschlimmerung der Aphasie und

insbesondere der Worttaubheit und der Parese der linken Körperhälfte. Schliesslich rasch auftretende Bewusstlosigkeit und 2 Stunden darnach, etwa 1 Jahr und 1 Monat vom Beginn der Hirnsymptome Tod. Obductionsbefund: Bedeutende Stenose des 1. grösseren Astes der l. Art. Fossae Sylvii in Folge syph. nur auf diesen Ast beschränkter Endarteriitis. Gelbe Erweichung der hint. Windungen der Ins. Reilii, des Lobul. supramargin. und der linken ob. Schläfewindung. Ein alter Erweichungsherd in l. Linsenkern. Ein wallnussgrosses Syphilom im r. Linsenkern mit ausgebreiteter Erweichung der Umgebung. Pachymeningitis chron. entsprechend der Convexität der l. Grosshirnhemisphäre. Je Ein Syphilom des l. Trigeminus und des Ganglion Gasseri. Kleine Knochennarbe an der äusseren Fläche des r. Stirnbeines. Partielle Verdickung des interstitiellen Bindegewebes des l. oberen Lungenlappens.

A. v. O. . . . . d, k. k. Oberlieutenant des 7. Drag.-Reg., 29 Jahre alt, die Mutter des Pat. lebt, der Vater ist als Major im Feldzuge 1866 gefallen; 3 Geschwister leben und sind gesund, ein Bruder ist als 7jähriges Kind einem Lungenleiden erlegen. Ein Onkel des Pat. hatte in seinem 33. Jahre an einer ähnlichen Sprachstörung (Aphasie?) gelitten; dieselbe habe sich jedoch im Verlaufe eines Jahres derart gebessert, dass er als Beamte bis zu seinem im 49. Jahre erfolgten Tode fungiren konnte. Pat. selbst sei früher gesund gewesen. Vom 16. Juni bis 18. August 1879 befand sich Pat. wegen eines Schankers auf der 1. Abthg. unseres Spitals. Am 27. Juli 1880 stellten sich neuralgische Kopfschmerzen ein, die eine 10tägige Dienstunfähigkeit zur Folge hatten. Anfangs Sept. 1880 traten abermals Kopfschmerzen und ein papulöses Exanthem auf. Pat. kam ins Garnisons-Spital Nr. 2, woselbst die Schmierkur durchgeführt wrrde. Am 19. Jänner 1881 erkrankte er an einer Halsaffection mit einer Drüsenschwellung am Halse, weshalb Pat. abermals einer Schmierkur unterzogen wurde und Pat. durch 26 Tage krank war. Das gegenwärtige Leiden begann Anfangs Mai mit linksseitigen, besonders des Nachts exacerbirenden Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Nachdem diese Zustände in der Nacht vom 9. auf den 10. Mai 1881 besonders heftig gewesen waren, fand man ihn

am Morgen des letzteren Tages, nachdem er auf meine Abtheilung gebracht worden war, ziemlich somnolent; er konnte nicht sprechen auch die Zunge nicht hervorstrecken; der Puls war verlangsamt, 48; Parese der Wangenzweige des rechten Facialis und der rechtsseitigen Extremitäten. Abermals Schmierkur und Jodkali. Unter dieser Behandlung verlor sich die Somnolenz, die Schwerbeweglichkeit der Zunge und die Kopfschmerzen schon nach etwa 8 Tagen, nach und nach auch die Parese der rechtsseitigen Extremitäten und des rechten Facialis, schliesslich fing auch die Aphasie und die Schlaflosigkeit sich zu bessern an. Nach den Andeutungen des Pat. war möglicherweise auch Hemiopie vorhanden. Nach 30 Inunctionen von je 2 Grm. Ung. hydrarg. wurde damit sistirt, Jodkalium aber weiter gegeben.

Stat. praes. 24. Juni 1881: Pat. von kräftigem Knochenbaue, mässig entwickelter Musculatur, wenig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut weiss. Das Kopfhaar am Scheitel spärlich. Am Schädel und an den Ohren nichts Abnormes nachweisbar. Pat. schläft wenig. Die Bewegungen der Bulbi sind normal, die Pupillen sind etwas enger, reagiren aber gut. Die Mundwinkel werden beiderseits gleich gut gehoben, die Zunge wird gerade und gut herausgestreckt, auch in anderen Richtungen gut bewegt. Die Motilität der beiden oberen Extremitäten ist normal, das Tastgefühl an der rechten Hand jedoch deutlich herabgesetzt, so dass Pat. eine mässige Berührung daselbst nicht fühlt, sondern erst ein Quetschen. Dabei macht man die Wahrnehmung, dass Pat. in beschränktem Masse auch worttaub ist, indem er der Aufforderung, die gedrückte Stelle an seiner Hand mit dem Zeigefinger der anderen Hand zu berühren, nicht Folge leistet, da er dieselbe nicht versteht. Die rechte untere Extremität verhält sich ganz analog wie die rechte obere. Bei aneinander geschlossenen Füssen schwankt Pat. selbst bei Schliessung der Augen nicht. Bei Schliessung der Augen vibriren die Augenlider. Pat. versteht zum grossen Theile das mit ihm Gesprochene, zum Theile jedocht nicht, sondern erst, nachdem man es ihm durch Gesticulationen begreiflich zu machen gesucht hat. Pat. spricht nur einige wenige Worte, als: „Ich weiss“, — „Kann nicht sagen“. — Vorgezeigte Gegenstände kann er nicht bezeichnen, er sucht jedoch durch Gesticulationen zu zeigen, dass er weiss was sie sind. Vorgesagte Worte kann er nur äusserst wenige nachsprechen. Pat. kann weder lesen noch schreiben, Stuhl und Harn in Ordnung.

15. Juli. Vom Neuen Schmierkur. Jodkalium wird fortgesetzt.

18. Juli. Pat. spricht die Vocale ganz gut nach, schreibt auch dieselben gut auf, wenn er dazu aufgefordert wird und er kann auch seinen Namen correct aufschreiben. Er erkennt auch bereits die Vocale, wenn man ihm sie gedruckt oder geschrieben vorzeigt. Aufgefordert, an der ihm vorgezeigten Taschenuhr, die gerade 9 Uhr zeigte, abzulesen, wie viel Uhr es sei, sagte er „fünf", und als man ihm die Unrichtigkeit dieser Angabe hervorhob, zählte er an den Fingern von 1 bis 9 und sagte dann richtig „neun". Pat. ist des Nachts gewöhnlich ziemlich aufgeregt.

20. Juli. Pat. sagt statt Stuhl gehabt „geschlafen" und sagt dann das Wort Stuhl öfters nach, um es sich gut zu merken. Pat. sagt anstatt zweimal — „3", „4", statt b — „o" und statt i auch „o".

22. Juli. Pat. hat gut geschlafen. Er schreibt über Aufforderung $^1/_2$ $^1/_4$ ganz correct auf, aufgefordert „dreimal" zu sagen, sagt er 10, 11.

23. Juli. Wie geht es Ihnen? — „Gut, ich habe geschlafen 7 Stunden". — Wie steht es mit dem Appetite? — „Gut, ich schlafe immer; ja guten Appetit".

25. Juli. „Es geht mir gut, mir ist aber nicht gut hier" (auf den Hals zeigend). Wie lange haben Sie geschlafen? — Pat. zählt auf den Fingern und sagt „sechs", erinnert sich aber an das Wort „Stunden" nicht. Auf der linken etwas gerötheten Mandel ein erbsengrosser, graulich weisser Belag. — Pat. wird von seinen Kameraden über mein Ersuchen und über meine Anweisung im Sprechen, Lesen, Schreiben und Rechnen geübt.

26. Juli. Wie geht es? „Ich glaube gut, aber ich bin nicht ganz gescheidt". Das Wort „Stunden" kann Pat. schon gut aussprechen, lesen und auch schreiben.

28. Juli. Die linke Mandel ist nicht mehr belegt, sondern nur etwas geröthet. Der Wortreichthum seiner Sprache nimmt zusehends zu, das Nachsprechen der meisten ihm vorgesagten Worte ist jedoch zumeist noch unmöglich oder sehr schwer. Pat. klagt über eine leichte Spannung in der rechten unteren Extremität.

1. August. Pat., der bisher das Wort „Gott" nicht nachsagen konnte, war dies heute zum ersten Male im Stande. — Wie lange haben Sie geschlafen? „Sechs Bier, neun Stunden".

2. August. Wie viel Einreibungen haben Sie schon gemacht?

Pat. zählt an den Fingern und sagt ganz deutlich „34 Einreibungen“. — Wie viel Stunden haben Sie geschlafen? „Sechs, später habe ich geschlafen auch“. Was 6? „Bier“. Das Wort Stunden fällt ihm wieder nicht ein.

9. August. Statt baden sagt Pat. „Wa-den“. „Es geht mir gut, aber ich kann nicht schlucken, ich wollte „pf. pf.“ (zeigt, dass er rauchen wollte), ich konnte aber nicht“. Pat. zeigt an den Fingern, dass er 38 Einreibungen gemacht hat.

12. August. Die Aphasie etc. bessert sich fortwährend. Mit den Einreibungen wird ausgesetzt. Pat. bekommt 2,00 Jodkalium täglich.

20. August. Die Aphasie etc. hat sich noch weiter gebessert. Wenn Pat. in Aufregung kommt, so spricht er besser. Pat. wird über sein Verlangen den Angehörigen zur weiteren Pflege übergeben.

Am 17. October wird Pat. abermals auf meine Abtheilung aufgenommen. Pat. nahm ausserhalb des Spitales das Jodkalium fort und machte Sprach-, Schreib- und Rechnenübungen. Der Zustand hat sich wohl etwas, aber nicht sehr bedeutend gebessert. — Wie geht es Ihnen? „Besser! Ich kann schlafen, kann herumgehen und kann auch sagen und kann auch sehen, nicht immer, gewöhnlich kann ich. Speisen, also: Kaffee, Bier, Bier nicht, sondern Braten und Schnitzel; das kann ich jetzt auch, früher habe ich das nicht gewusst“. Wie heisst dieser Gegenstand (Kappe)? „Ja ich weiss aber noch nicht gescheidt.“ — Sagen Sie Hundert! „Ja ich weiss — Eins — es geht nicht, das ist eben das „Fürchterliche“. — Statt Semmel sagt Pat. ezel, zel, co, ce, pel, ze, pel, tel, mel, zel, tel. — Wie heisst denn dieser Gegenstand (Flasche)? „Ja, Wasser“. Aber worin ist das Wasser enthalten? „Ich weiss, aber ich kann nicht“. — Wo ist Ihr Glas, wo Ihre Wasserflasche? Pat. zeigt darauf richtig. — Sagen Sie Flasche! „sche“ die Sylbe Fla kann Pat. nicht aussprechen. Das Wort Rauchen kann Pat. nicht nachsagen und auch nicht lesen, er sagt Brauchen. Das Wort Trauben kann Pat. nicht lesen, schreibt davon die zwei ersten Buchstaben richtig, den dritten falsch. erkennt aber sogleich, dass er ihn falsch geschrieben habe. Aufgefordert den Gegenstand zu zeigen (es lagen welche auf seinem Tische), thut er es nicht, er weiss offenbar nicht, was das Wort bedeutet. Schreiben Sie **b**! Pat. schreibt **i** und meint, dass es **t** sei. Schreiben Sie **m**! Pat. schreibt **h**, erklärt es jedoch für falsch. — Suchen Sie hier in

der Zeitung den Buchstaben **m**! Pat. zeigt auf **u**. Ich zeigte ihm nun den Buchstaben **m**, „Ja das ist **m**, kann es jetzt aussprechen. — Wieder Schmierkur und Jodkalium.

22. October. Was macht der Herr Bruder? „Er ist noch nicht da, entweder von Wien weggegangen“ — Ohne von Ihnen Abschied genommen zu haben? „Manchmal kann er aber nicht, wenn er schnell von Wien weg ist“.

8. November. Wann kommt der Herr Bruder? „Er hat gesagt, er kommt bald. — Ich glaube, ich kann herumgehen. Von da hier im Spital bin ich schon ganz dumm, wenn ich überall hingehen kann, so ist mir doch besser“. Pat. will nämlich wieder das Spital verlassen und sich zu seinem Bruder begeben.

13. November. Das Tast- und Localisationsvermögen ist an der rechten Hand und an den rechten Zehen noch immer etwas herabgesetzt, auch erscheine ihm die rechte Hand kälter, als die linke. Die Aphasie etc. hat sich in der letzten Zeit nicht viel gebessert. Ueber die gewöhnlichsten Sachen kann Pat. bereits reden, doch auch hier fallen ihm mehrere Worte nicht ein. Auffallend viel schlechter geht es ihm mit dem Nachsagen vorgesagter Worte oder mit der Bezeichnung ihm vorgewiesener Gegenstände. Schreiben kann er nur seinen Namen und einzelne ihm vorgesagte oder vorgeschriebene Buchstaben, namentlich die Selbstlaute, und sehr oft schreibt er statt eines Buchstabens z. B. **m** einen anderen, z. B. **u**, erkennt aber seinen Irrthum. Pat. erkennt nur einzelne gedruckte oder ihm vorgeschriebene Buchstaben, namentlich die Selbstlaute, oft bezeichnet er einen Buchstaben anders, gibt aber sogleich zu erkennen, dass er ihn falsch bezeichnet habe. Ein ihm vorgeschriebenes 2 erkennt er und gibt dies durch Vorzeigen zweier Finger zu erkenneu, die Bezeichnung dafür fällt ihm nicht ein, schliesslich bezeichnet er ihn mit „Mütze“. — Die meisten der ihm vorgeschriebenen Ziffern erkennt er nicht nur, sondern kann er dieselben auch richtig bezeichnen, ja er weiss auch schon, dass $2 + 2 = 4$ und $2 + 3 = 5$ ist. — Pat. verliess wieder das Spital und blieb bis 15. April 1882 in der Pflege seiner Angehörigen und kam nur ambulatorisch ins Spital. Decoct. Zittmanni, Jodkalium, Elektricität.

Am 28. November gegen 5 Uhr Abends wurde er nach Aussage seiner Angehörigen in seinem Zimmer bewusstlos, auf der Erde liegend u. zw. in der Rückenlage gefunden. 10 Minuten vorher war

man noch bei ihm. Die Bewusstlosigkeit war von stertorösem Athmen jedoch von keinen Krämpfen begleitet gewesen und dürfte ungefähr eine Stunde angedauert haben. Nach dem Erwachen war das Sprechen viel schlechter, Pat. klagte über Schmerzen im Hinterhaupte, in der Nacken- und Lendengegend und in der Zunge; die letztere war an ihrem rechten Rande zerbissen. Am 2. December klagte Pat. nach einer psychischen Erregung über dumpfen Schmerz in der linken Kopfhälfte, ging etwas träger und äusserte die Furcht, dass er irrsinnig und wieder gelähmt werde.

Als Pat. am 25. April 1882 wieder auf meine Abtheilung kam, war er viel schlechter, als zu der Zeit, wo er dieselbe verlassen hatte. Zeitweise habe er ein Gefühl von Kälte in den rechtsseitigen Extremitäten. Jetzt ist eine Parese der Wangenzweige des linken N. facialis und der linken oberen Extremität nachweisbar; auch die linke Stirn wird ein kleinwenig minder gut gerunzelt, als die rechte. Aufgefordert die Zunge hervorzustrecken, macht Pat. den Mund auf, und streckt sie erst hervor, wenn man es ihm vorgezeigt hat; aufgefordert meine Hände zu drücken, versteht er dies ebenfalls nicht, sondern erst, wenn man ihm dies vorgezeigt hat (Worttaubheit). Das Tast- und Localisationsvermögen an der rechten Hand und den rechten Zehen ist etwas herabgesetzt. Aufgefordert das Wort Gott zu sagen, sagt er „Ott“, aufgefordert das Wort Vater nachzusprechen, antwortet er: „weiss, kann es aber nicht nachsagen“ und sagt dieses Wort erst dann nach, nachdem man ihn einige Male die Sylben Va- und ter hat nachsagen lassen, ist dann aber noch im Zweifel, ob es richtig ist. — Auf die Frage nach seinem Alter und seiner Dienstzeit sucht er nur begreiflich zu machen, dass er keine Angabe hierüber machen könne, da er unvermögend sei, sich über Zahlen eine Vorstellung zu machen; auf die Frage über die Dauer seiner Krankheit erhebt er die fünf Finger der einen und zwei Finger der anderen Hand, und als man hierauf fragte, ob die Krankheit 7 Jahre gedauert habe, antwortete er: „Das kann ich leider nicht wissen“. — Pat. sucht durch die Wortsprache und Mimik verständlich zu machen, dass er Alles was um ihn vorgehe wisse, dass er diese Vorgänge beurtheilen könne, sein Sehvermögen, sein Gehör, Geruch und Geschmack ganz in Ordnung seien, dass er jedoch seine Vorstellungen und Sinneswahrnehmungen nur sehr schlecht zum Ausdruck bringen könne, und dass er sich überhaupt, insbesondere an Worte schlecht erinnere.

„Ist die Suppe nicht . . . (zeigend auf das Salzfass), ich weiss es, kann es aber nicht sagen“. — Wenn man nur 1 bis 2 Minuten mit ihm spricht, so greift er auf die Stirn und ermüdet geistig. Er macht undeutliche Angaben über häufige Kopfschmerzen, die sich über den ganzen Kopf verbreiten und wobei es ihm „so dumm“ werde etc.

27. April. Die ihm vorgesagten Selbstlaute, ebenso die Consonanten b, c, d werden anfangs sehr gut nachgesprochen, unmittelbar darauf sagt er statt des vorgesagten c — f oder g, statt f — c, statt g — t, statt h — c, statt i — c oder t; 1, 2 spricht er gut nach, statt 3 sagt er d, statt 4 — t etc.

28. April. Statt des vorgesprochenen a sagt Pat. scha, schreibt man ihm das a auf, so weiss er es nicht zu bezeichnen, kann es aber nachschreiben. Aufgefordert 3 zu schreiben, schreibt er „schreib“, erkennt jedoch alsbald, dass dies falsch sei, zählt an den Fingern und schreibt 3.

30. April. Pat. hat gestern während des Tages viel geschlafen. Auch heute liegt Pat. noch im Bette. P. 108. Aufgefordert, die Zähne zu zeigen, versteht er dies nicht, sondern erst dann, nachdem man es ihm vorgezeigt hatte, ebenso versteht er die Aufforderung, sich zum Elektrisiren zu begeben, nicht.

3. Mai. Pat. ist heute Morgens 5 Uhr aufgestanden, entleerte hierauf den Harn in sein Bett, ging dann in ein anderes Zimmer, legte sich dort in ein fremdes Bett und wollte dasselbe nicht verlassen, behauptend dass es das seinige wäre.

3. 4. Mai. Pat. liegt apathisch fortwährend im Bette, entleert den Harn und Stuhl unwillkürlich, versteht nichts, was man mit ihm spricht. Thut Ihnen der Kopf weh? „Ja ich habe geschlafen“. Die Aufforderung, die Zunge zu zeigen, die Oberlippe zu heben, die Stirn zu runzeln, versteht er nicht, wohl aber macht er diese Bewegungen nach, wenn man sie ihm vorgezeigt oder überhaupt durch Mimik begreiflich gemacht hat. P. 60. — Sonst Stat. idem.

5. Mai. Nachts eine unwillkürliche Stuhlentleerung. Gegenwärtig ist Pat. etwas munterer, spricht ziemlich zusammenhängend, verlangt Cigarretten, hat jedoch noch verlangsamten Puls und auch die Worttaubheit ist noch im Gleichen.

6. Mai. Pat. hat heute Nachts delirirt, verlangt aufstehen zu dürfen, ist jedoch sehr schwach, so dass er heute Morgens vom Wärter auf den Leibstuhl gehoben werden musste. T. 37·2°, Abends

37·4°. P. 56. — 7.—17. Mai. T. 37·0°—37·5°, P. 56—60. Nachts Delirien, beim Tage mehr minder starke Apathie; Worttaubheit etc. Stuhl und Harnentleerungen häufig unwillkürlich. Ueberhaupt Stat. id.

18. Mai. Die linke Wange bewegt sich mimisch fast gar nicht, willkürlich wird der linke Mundwinkel nur etwas schlechter gehoben, als der rechte. Die linke obere Extremität ist etwas mehr paretisch als anfangs. P. 80. Sonst Stat. idem.

22. Mai. Puls 84. T. 37·3°. Heute ist die Parese der Wangenzweige des l. Facialis bei willkürlichen Bewegungen merklich stärker als gestern, und auch die linksseitigen Extremitäten sind merklich schwächer, als die rechtsseitigen. Links ist ein deutlicher Achilles-Sehnen-Reflex vorhanden rechts fehlt er. Der Patellar-Sehnen-Reflex ist beiderseits gesteigert, links mehr, als rechts. Sonst Stat idem.

24. Mai. Trotzdem es ungemein schwer war, das Tastgefühl und die Localisation zu prüfen, so wurde doch der Versuch gemacht. Das Tastgefühl ist an den Händen etwas, das Localisationsvermögen ganz deutlich abgestumpft. Das Letztere ist auch im Gesichte etwas schlechter. Sonst Stat. idem. So blieb der Zustand bis 1. Juni. Da wurde Pat. nach 6 Uhr Abends rasch bewusstlos, es trat Agonie auf und um 8 Uhr erfolgte der Tod.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle (Dr. Weichselbaum): Die Leiche kräftig gebaut, ziemlich gut genährt, das Frenulum des Präputiums ist zerstört und durch einen $^1/_2$ Ctm. langen weisslichen Narbenstrang ersetzt. Ausserdem befindet sich im Sulcus retroglandularis eine rundliche, etwa 6 Mm. im Durchmesser haltende, weissliche Narbe. Das Schädeldach ist oval, am Stirnbeine gegen 1, an den übrigen Stellen gegen $^1/_2$ Ctm. dick. Die Substanz des Stirnbeines ist compact; auf der Aussenfläche der rechten Stirnbeinhälfte befindet sich eine ungefähr linsengrosse, etwas eingesunkene Knochennarbe, deren Ränder nicht erhaben sind, allmälich gegen das Centrum abfallen und aus compacter Knochensubstanz bestehen. Die Lamina vitrea des ganzen Schädeldaches fühlt sich rauh an. Die Dura mater ist stark gespannt, dünn, durchscheinend, sehr blutreich und an der Innenfläche ihrer linken Hälfte mit einer sehr dünnen, durchsichtigen, theils injicirten, theils gelb pigmentirten Membran bedeckt. Die Windungen der Grosshirnhemisphären sind stark abgeplattet. Die inneren Hirnhäute sind zart und mässig injicirt. Die Arterien der Hirnbasis sind zartwandig und von normaler Weite, nur der erste grössere

Ast der linken A. fossae Sylvii ist in einer Längenausdehnung von 2 Ctm. sehr stark verengt und seine Wandung ockergelb pigmentirt. Die hinteren Windungen der linken Insula Reilii, ferner der linke Lobulus supramarginalis und die linke obere Schläfewindung sind in eine ockergelbe breiige Masse verwandelt, mit welcher die inneren Hirnhäute untrennbar verbunden sind; die vier vorderen Windungszüge der linken Insula Reilii sind erhalten. Im linken Linsenkerne ist eine erbsengrosse, von klarer Flüssigkeit erfüllte und von einer dünnen gefässhaltigen Membran begrenzte Höhle. In der hinteren Hälfte des rechten Linsenkernes sitzt ein wallnussgrosser Tumor, dessen Oberfläche höckerig ist und dessen Schnittfläche eine unebene Beschaffenheit zeigt, indem hanfkorn- bis erbsengrosse Prominenzen mit ganz flachen Stellen abwechseln, wobei die ersteren aus einem grauweissen, sehr resistenten und blutarmen Gewebe bestehen, während die flachen Stellen eine dunkelgraue Farbe und zahlreiche Blutgefässe zeigen; an einer Stelle der Peripherie des Tumors findet man auch gelblichweisse Partien eingesprengt. Sowohl die innere als auch die äussere Linsenkapsel dieser Seite, ferner die Marksubstanz des rechten Scheitellappens und theilweise auch des rechten Schläfelappens, so wie die des rechten Sehhügels und der unteren Partien des rechten Stirnlappens ist erweicht und von dünnem gelbem Serum durchsetzt. Der linke N. trigeminus ist unmittelbar vor seinem Eintritte in die Fossa Meckelii in eine ovale $1^1/_2$ Ctm. lange, 1 Ctm. breite und fast eben so hohe Neubildung umgewandelt, u. z. derart, dass nur mehr an der Peripherie der letzteren einzelne Trigeminusfasern erkennbar sind. Diese Neubildung besteht aus einem nicht sehr resistenten, ziemlich saftreichen, grauen Gewebe; auf der Schnittfläche erscheint das Centrum des Tumors eingesunken und aus einem etwas dunkleren, sehr gefässreichen Gewebe bestehend. Das linke Ganglion Gasseri ist ebenfalls in eine ähnliche glatte Geschwulst umgewandelt, welche je 2 Ctm. lang und breit und $^1/_2$ Ctm. dick ist. In der Substanz der linken Zungenhälfte, auf der Schleimhaut des Larynx und des rechten Sinus pyriformis mehrere Blutextravasate. Die Substanz der Lungen ist allenthalben lufthältig, stark durchfeuchtet; im linken Oberlappen ist das interstitielle Gewebe stellenweise verdickt; die Bronchialverästlungen enthalten dicken grauen Schleim. Das Herz enthält in seiner rechten Hälfte flüssiges dunkelrothes Blut nebst spärlichen Gerinnungen. Die Intima der Aorta glatt. Die Leber ist an

einer Stelle des rechten Lappens mit dem Zwerchfelle verwachsen, an den übrigen Stellen ist ihre Oberfläche, abgesehen von einzelnen streifenförmigen Verdickungen, zart; die Lebersubstanz ist derb, feinkörnig, blassbraun. Die Milz ist mit dem Zwerchfelle verwachsen, mittelgross, sehr weich, dunkelbraun und hellbraun gefleckt. Die Nieren blutreich. An der Oberfläche der rechten Niere ist eine narbige Einziehung und in der Marksubstanz dieser Niere ein erbsengrosser, sehr derber, weisser Tumor. Der Magen und der Darmkanal zeigt keine Veränderung.

Die von Dr. Weichselbaum vorgenommene mikroskopische Untersuchung der beiden Tumoren in der Schädelhöhle ergab folgendes Resultat: „Beide Geschwülste bestehen aus 2 Gewebsarten, nämlich aus Granulationsgewebe und aus einem etwas höher entwickelten Gewebe, das entweder ein Spindelzellen- oder ein junges Narbengewebe ist. Diese beiden Gewebsarten durchkreuzten sich vielfach und verleihen hiedurch der Geschwulst eine netzförmige Structur. Das Granulationsgewebe, welches ziemlich arm an Blutgefässen ist, umgibt gewöhnlich ringförmig das ältere Gewebe, welches nicht selten rundliche Herde bildet. In einzelnen dieser letzteren ist das Centrum bereits verkäst, sowie auch hie und da Riesenzellen gefunden werden. Hiedurch erinnert die Geschwulst an tuberculöses Gewebe, obwohl in keinem Organe Zeichen von Tuberculose gefunden wurden und daher an der Diagnose Syphilom nicht zu zweifeln ist".

Diagnose: Bedeutende Stenose des ersten grösseren Astes der linken A. fossae Sylvii in Folge von syphilitischer Endarteriitis. Gelbe Erweichung der hinteren Windungen der l. Insula Reilii, des linken Lobulus supramarginalis und der linken oberen Schläfewindung. Ein alter Erweichungsherd im linken Linsenkerne. Ein wallnussgrosses Syphilom in der hinteren Hälfte des rechten Linsenkernes mit ausgedehnter Erweichung der umgebenden Hirnsubstanz. Je ein Syphilom des linken N. trigeminus und des linken Ganglion Gasseri. Pachymeningitis chron. der linken Seite. Eine syphilitische Knochennarbe am sclerosirten Stirnbeine; je eine Narbe am Frenulum praeputii und im Sulcus retroglandularis. Beiderseitiger Bronchialkatarrh. Partielle Verdickung des interstitiellen Bindegewebes des linken oberen Lungenlappens. Partielle Anwachsung der Leber und der Milz. Ein Fibrom der linken Niere.

Epikrise. Die Diagnose konnte von mir intra vitam ziemlich correct gestellt werden. Als ich den Pat. zum ersten Male sah, stellte ich die Diagnose auf Lues cerebralis, wobei ich einen durch luetische Endarteriitis hervorgerufenen Erweichungsherd der Insul. Reilii, des hinteren Endes der 3. unteren Stirnwindung und der oberen Schläfewindung der linken Seite annahm.

Als Pat. einige Zeit nach dem 2. apoplektiformen Anfalle abermals ins Spital kam und nunmehr eine leichte Parese des linken Facialis und der l. oberen Extremität und nur eine leichte Verschlimmerung der Aphasie und der Worttaubheit darbot, musste ich einen neuen Herd, von dem man nur sagen konnte, dass er in der rechten Hälfte des Grosshirnes seinen Sitz habe, daselbst die dem ersten Herde correspondirenden Partien (Ins. Reilii etc.) nicht merklich beeinträchtige, dass er möglicherweise im motor. Rindencentrum (insbesondere in der Mitte der vorderen Centralwindung) oder in dem Gebiete der motor. Ganglien seinen Sitz habe, aufsuchen. Auch diesen letzteren Herd fasste ich als einen durch luetische Endarteriitis bedingte Encephalomalacie auf und nahm, als ungefähr 1 Monat vor dem Tode sich die paretischen Erscheinungen der linken Körperhälfte, die Aphasie und die Worttaubheit etc. steigerten, eine rasche Ausbreitung dieses Erweichungsherdes einerseits auf die motor. Gebiete, andererseits auf die dem linksseitigen Sprachcentrum correspondirenden rechtsseitigen Hirnpartien an. Leicht könnte ich mich versucht fühlen, hier auf die Aphasie, namentlich auf ihren anatomischen Sitz des Näheren einzugehen, aber ich muss davon abstehen, da ich hier nur über Hirnsyphilis schreibe und hebe nur hervor, dass trotz dem die Aphasie sehr bedeutend war und alle Qualitäten umfasste, gerade das hintere Ende der 3. Stirnwindung, auf dessen Erkrankung man bekanntlich die motorische Aphasie zurückführt, und die vordere Hälfte der Insul. Reilii linkerseits nicht erkrankt waren. Hervorzuheben wäre noch das bedeutende Syphilom des linken N. trigeminus und dasjenige seines Ganglion Gasseri, welche beiden primär von den betreffenden Nervenpartien ausgingen und auf dieselben auch beschränkt blieben. Die peripheren Nerven können bekanntlich in verschiedener Weise durch Syphilis leiden, insbesondere können sie: a) durch die Producte der Syphilis gedrückt und in den Zustand der Compressionsneuritis mit ihren Folgen versetzt werden; oder

b) es kann ein in der Nachbarschaft befindliches Syphilom auf dieselben übergreifen; oder aber c) es entwickelt sich, wie in diesem meinen Falle, die syphilitische Neubildung zunächst im Nerven selbst. Ich will hier nicht auf diese Verhältnisse näher eingehen, da ich mir dies für den Schluss der Arbeit vorbehalte. Hier möchte ich nur noch hervorheben, dass trotzdem die Syphilome die Nervensubstanz des linken N. trigeminus und seines Gangl. Gasseri derart einnahmen, dass nur noch an der Peripherie dieser Neubildungen einzelne Nervenfasern sichtbar waren, während des Lebens keine auffallenden auf eine solche Erkrankung des Trigeminus und seines Gangl. Gasseri hindeutenden Erscheinungen beobachtet worden sind.

16. Beob. Schanker vor 25 Jahren. Ende August 1862 Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Verminderung des Appetites. Einige Wochen darnach heftige Kopfschmerzen, später auch Schwindel. Von Mitte bis Ende November 3 Anfälle von grosser Schwäche mit Zusammenstürzen. Jänner 1863 gesellte sich häufiges Erbrechen dazu, später allmälich Parese der linksseitigen Extremitäten, des linken Facialis und eine leichte linksseitige Ptosis, Periostitis des Stirnbeines, Appetitlosigkeit, Stuhlträgheit, Abmagerung. Unter Jodkaliumbehandlung gingen diese Störungen sehr rasch zurück.

Konrad H . . . . r, Gem. des 7. Inf.-Reg., 42 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab und sei bis zu seinem 18. Jahre gesund gewesen. Da zog er sich einen Schanker zu, den er anfangs vernachlässigte und der erst nach läugerer Zeit heilte, ohne jedoch weitere Folgen zu veranlassen. Als Soldat habe er öfters durch kurze Zeit Wechselfieber gehabt. Vor 10 Jahren überstand er einen heftigen Tripper. Dann sei er wieder gesund gewesen bis August 1862. Gegen Ende dieses Monates fühlte er sich matt, abgeschlagen, besonders nach etwas längerem Gehen und hatte wenig Appetit. Zugleich bemerkte er, dass es beim Coitus, trotz öfterer Wiederholung, zu keinem Samenergusse komme. Die Mattigkeit steigerte sich fort und fort und dazu gesellten sich beim Stehen Kreuzschmerzen und nach wenigen Wochen traten auch Kopfschmerzen auf. Die letzteren waren zunächst nur in den Schläfen vorhanden, nahmen aber sehr bald den ganzen Kopf

ein, steigerten sich zeitweise zu einem hohen Grade, wobei Pat. die Empfindung hatte, „als ob ein glühendes Eisen in seinem Kopfe läge"; besonders heftig traten sie in der Rücken- minder heftig in der Seitenlage auf. Zu den Kopfschmerzen gesellte sich bald Schwindel, der oft eine solche Intensität hatte, dass das Gehen unsicher und taumelnd wurde. Zu gleicher Zeit will Pat. auch ein Thränen des linken Auges bemerkt haben. Da wurde er am 15. November Mittags während eines Ganges unter ungewöhnlichem Hitzegefühl und enormem Schweissausbruche von einer derartigen Schwäche befallen, dass Pat. am Wege niedersank und sich nicht zu erheben vermochte, obwohl er bei vollem Bewusstsein war. Erst nach 10 Min. konnte er sich wieder emporheben und den Weg nach Hause mühsam zurücklegen. Im Verlaufe der nächsten 10 Tage traten noch 2 ganz ähnliche Anfälle auf. Da die Schwäche und die Kreuzschmerzen stetig zunahmen, so liess sich Pat. am 11. December 1862 ins Garnisons-Spital Nr. 1 aufnehmen, wo derselbe bis zum 24. Jänner 1863 auf der 3. Abtheilung verblieb. Dort dauerten die Kopfschmerzen an, wurden nur zeitweise durch Morphium für einige Tage gebessert; sie sollen hier links oben an der Stirne begonnen und von da gegen die Schläfe ausgestrahlt haben. Der anfangs gute Appetit nahm allmälich ab und der anfangs regelmässige Stuhl wurde allmälich sehr träge. Dann wurde Pat. auf die Klinik Duchek's aufgenommen. Bis zum 22. März 1863 blieb derselbe hier in Beobachtung und die Behandlung war eine symptomatische. Hier traten die Kopfschmerzen anfallsweise auf, gingen von der linken Stirne aus und strahlten gegen das linke Jochbein, manchmal auch gegen die rechte Stirn aus. Zu denselben gesellte sich später Erbrechen, das übrigens nicht selten auch ohne Kopfschmerz auftrat; das Erbrochene bestand aus einer schleimigen wässerigen Flüssigkeit und enthielt bisweilen auch Speisereste. Vom 8. Februar traten zeitweise auch reissende Schmerzen an der Innenseite des linken Oberarmes. Daneben Appetitlosigkeit, häufige Brechneigung, Stuhlträgheit, zunehmende Schwäche und Abmagerung. In der letzteren Zeit wurden die linksseitigen Extremitäten allmälich schwächer, und magerten auch mehr ab, als die rechtsseitigen. Bei der klinischen Aufnahme am 22. März bot Pat. folgenden Stat. praes. dar: Pat. mittelgross, von schwachem Knochenbau, dünner, schlaffer Musculatur und fast fettlosem Unterhautzellgewebe. Die Haut weiss. Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, zeitweises Erbrechen.

Das linke obere Augenlid hängt etwas herab und wird nicht vollständig gehoben; ebenso verhält sich der linke Mundwinkel; die linke Stirnhälfte wird weniger gut gerunzelt. Sonst von Seite der Hirnnerven keine Störung. Ober dem linken Stirnhöcker eine kleine, flache, harte, sehr druckempfindliche Vorwölbung am Stirnbein, entsprechend welcher die Haut verschiebbar, überhaupt normal beschaffen ist. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind nicht merklich geschwellt. Leichte Parese und Atrophie der linksseitigen Extremitäten (die linke untere wird beim Gehen etwas nachgezogen); die Sensibilität an denselben und überhaupt normal. Am Halse und an den Brustorganen nichts Abnormes. Die Leber und Milz mässig vergrössert, sonst an den Unterleibsorganen nichts Besonderes. Puls normal. Der Stuhl träge, der Harn bietet nichts Besonderes dar. — Jodkalium 1,5 Grm. täglich.

25. 26. März. Pat. hat heftige brennende Schmerzen im ganzen linken Unterkiefer, der Stirnschmerz lässt nach, Jodkalium 2 Grm. täglich.

28. März. Keine Schmerzen mehr; kein Erbrechen; Appetit zunehmend.

11. April. Pat. erholt sich zusehends, sowohl was seine Kraft, als auch was seine Ernährung anlangt; auch die Atrophie der Musculatur der linksseitigen Extremitäten hat sich merklich gebessert; die Schmerzen, die Paresen, die Periostitis sind ganz zurückgegangen. Pat. verlässt das Spital und begibt sich nach Hause.

17. Beob. 30jährige Virgo intacta. Primäraffection nicht nachweisbar. Mutter litt an einer alten Knochensyphilis. Die etwas ältere Schwester scheint mit Syphilis auf die Welt gekommen zu sein. Im 19. Jahre Hautgeschwüre, etwas später Tophi, später Augenaffection und serpiginöse Geschwüre. Seit 3 Jahren Kopfschmerz links, Schwindel etc. und allmälich sich entwickelnde Parese der linksseitigen Extremitäten und der Wangenzweige des linken Facialis, später auch eine Parese der rechten unteren Extremität und leichte Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz. Vorübergehend Neuralgie des linken Trigeminus. Infiltration der linken Lungenspitze.

Anna H . . . r, Inwohnerstochter, 30 Jahre alt. Ihre Mutter, die hier untersucht wurde, trägt Zeichen theils frischer, theis abge-

laufener syphilitischer Affectionen an sich, von denen gegenwärtig callöse, speckig belegte Geschwüre und viele Narben an der hinteren Rachenwand, fast totaler Verlust des Velum palat., Rudimente von Gaumenbögen, näselnde Sprache, theilweiser Defect der Nase mit Ozaena, Auftreibungen einzelner Epiphysen der Extremitäten, weisse glänzende strahlige Narben der Haut der Oberlippe, beider Vorderarme und Handteller (nach vorausgegangenen jahrelangen Ulcerationen) die auffälligsten sind. — Ihre um etwas ältere Schwester soll als neugebornes Kind mit einem Blasenausschlag am ganzen Körper behaftet gewesen sein, der zu Krusten eingetrocknet sei, als Mädchen an öfteren Katarrhen der Mund- und Rachenhöhle und hartnäckigen Verschwärungsprocessen in der behaarten Kopfhaut gelitten haben, gegenwärtig aber gesund sein. — Die Pat. selbst habe ihre Menses im 19. Lebensjahre bekommen; dieselben waren drei Jahre hindurch regelmässig, bis dieselben aus Anlass einer Durchnässung und Erkältung nach gerade stattgefundenem Eintritte sistirt hätten, wobei sich ein fieberhaft erregter, mit des Abends exacerbirendem Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, rascher Abmagerung und Kräfteverfall einhergehender Zustand eingestellt habe, der nach 4 Wochen in sofern an Heftigkeit abgenommen hätte, als die Kranke zwar das Bett verlassen konnte, aber in Folge der Schwäche in Fortsetzung ihres Dienstes behindert blieb und zu ihrer damals mit offenen Hautgeschwüren behafteten Mutter sich zu begeben genöthigt war. Von da an kehrten die Menses nur ganz unregelmässig wieder und Patientin siechte immer mehr und mehr dahin. An beiden Unterschenkeln traten bald darauf nach einander viele kleine, stark eiternde und schmerzhafte oberflächliche Geschwüre, in deren Umgebung die Haut geröthet und geschwellt war, auf. Bevor dieselben noch geheilt waren, traten in allen Körpertheilen herumziehende Schmerzen auf, die späterhin bohrenden und nagenden, vorzugsweise auf die Stirne, das Brustbein, die beiden Vorderarme und Unterschenkel concentrirten Platz machten. — Dieselben waren bei Tage gering, exacerbirten aber in der Nacht zu einer bedeutenden Höhe. — Allmälich entwickelten sich an den Stellen, wo dieselben am intensivsten waren, mehrere glatte, taubeneigrosse Geschwülste, die anfangs hart waren, sich nach mehreren Monaten unter Nachlass der Schmerzen erweichten und schliesslich zumeist nach aussen durchbrachen und einen dicken übelriechenden Eiter entleerten; die umgebende Haut

wurde nach und nach insbesondere in der Gegend des rechten Handwurzelgelenkes und an beiden Handrücken in einen langdauernden Verschwärungsprocess einbezogen. Erst nach 2—3 Jahren begannen die Geschwüre zu heilen und es bildeten sich etwas eingezogene, anfangs dunkelrothe, später rein weisse Narben, die an den Händen die Bewegungen der Finger behinderten und die Stellung derselben alterirten. Vor etwa 4 Jahren litt die Pat. an einem Augenübel, als dessen Symptome sie Röthe der Conjunctiva, Lichtscheu, Thränenfluss und jeden Abend sich steigernde Schmerzen der Stirn- und Schläfegegend angibt. Unter dem Gebrauche von Blutegeln und einer Salbe haben sich diese Störungen nach 6 Wochen verloren. Ungefähr zur selben Zeit sollen an der Haut entsprechend dem rechten Ellbogen-, Schulter- und Kniegelenke, sowie an der Vorderfläche des Halses, kleine dunkelrothe, nicht schmerzhafte, unregelmässig zerstreute Knötchen entstanden sein, die nach längerem Stationärbleiben sich allmälich zu craterförmigen, scharfrandigen, kallösen, unreinen, tiefen, später theilweise zusammenfliessenden Geschwüren umgewandelt hätten. Während dieser Geschwürsbildung seien immer wieder neue Efflorescenzen besonders an der Aussenseite des rechten Vorderarmes aufgetreten. Die durch Zusammenfliessen mehrerer kleinerer entstandenen grösseren, borkig belegten Geschwüre heilten von der einen und wuchsen nach der entgegengesetzten Seite. In diesem Zustande wurde sie auf die chir. Klinik gebracht. Hier heilten dieselben unter Anwendung von Jodkalium und rother Präcipitatsalbe im Verlaufe eines Monates. — Vor 3 Jahren will Pat. ohne nachweisbare Veranlassung zum ersten Male eine gewisse Schwäche in den linksseitigen Extremitäten bemerkt haben, die sich ganz allmälich entwickelte. Es sei ihr aufgefallen, dass sie die linke untere Extremität viel schwerer zu heben vermochte, als die rechte, so dass sie beim Gehen mit der ersteren am Boden gestreift habe, ebenso, dass sie mit der linken Hand feinere Gegenstände weniger leicht erfassen, schwerer halten oder tragen konnte, als vorher; sie ermüdete beim Gehen schon nach $^1/_2$, selbst $^1/_4$ Stunde. Dazu gesellte sich später das Gefühl von Ameisenlaufen, von Kälte, bisweilen auch von Hitze in der linken Körperhälfte. Der Kopfschmerz, der übrigens schon von früher her bestand, hätte sich als ein dumpfer, zeitweilig zunehmender auf der linken Seite festgesetzt. Beim Gehen habe sich gewöhnlich Schwindel eingestellt. Mitunter sei sie von plötzlichen Krämpfen an den beiden

linksseitigen Gliedmassen befallen worden, die ihr Gegenstände aus der Hand, den Pantoffel vom Fusse weggeschleudert haben. Eben so seien zu dieser Zeit heftige Gliederschmerzen linkerseits nicht selten gewesen. Die Muskelschwäche nahm von da allmälich aber stetig zu. Seit 2 Jahren habe sich ein continuirlicher Schmerz festgesetzt. Seit einem Jahre nehme sie auch an der rechten unteren Extremität eine allmälich zunehmende Schwäche wahr. Seit einigen Wochen habe sie auf der Brust zeitweise ein Gefühl von Beklemmung. Der Stuhl sei während ihrer Krankheit stets träge, der Appetit geringe gewesen. An den Genitalien habe sie keine Erkrankung gehabt, ebenso in der Mund- und Rachenhöhle. Am 14. November 1863 wurde Pat. auf Duchek's Klinik aufgenommen und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von mässig entwickeltem Knochenbaue und ziemlich schlecht genährt. Grosse Schwäche. Häufig auftretender linksseitiger Kopfschmerz, fast beständiger Schwindel, leichte Gedächtnissschwäche und etwas verminderte Intelligenz. Zeitweise habe sie Flimmern vor den Augen und Ohrensausen, auch höre sie zeitweise etwas schlechter. An den Augen objectiv nichts Abnormes. Der linke Mundwinkel steht etwas tiefer und wird auch weniger gut gehoben. Die feuchte, wenig belegte Zunge weicht nicht merklich ab. Im Rachen und in der Mundhöhle ausser Blässe der Schleimhaut nichts Abnormes. Die Schilddrüse stark entwickelt. Entsprechend der linken Lungenspitze rückwärts eine mässige Dämpfung bis zum 3. Brustwirbel und daselbst unbestimmtes In- und undeutlich bronchiales Exspirium. Herzstoss und Herztöne schwach. Sonst an den Brustorganen nichts Abnormes. Die peripheren Arterien enge, der Puls 60. — An den Unterleibsorganen keine Abnormität. An den äusseren Genitalien nichts Abnormes; das Hymen intact. Die linksseitigen Extremitäten sind paretisch; ihre Sensibilität, Reflexerregbarkeit, Ernährung und elektromusculäre Contractilität sind normal. Beim Gehen wird der linke Fuss weniger gehoben, als der rechte und derselbe schleift etwas u. zw. bogenförmig am Boden. Nach 2 bis 3 Min. dauerndem Gange tritt bereits völlige Ermüdung ein, die von Schwindel und Muskelzittern begleitet wird. Auch die rechte untere Extremität ermüde leicht, wenn auch nicht so rasch, wie die linke. Die Wirbelsäule ist nirgends gegen Druck empfindlich und vollkommen beweglich. Bei tieferen Athemzügen soll sich an den unteren Thoraxpartien ein Gefühl von Zusammenschnüren einstellen. Entsprechend dem rechten

Handwurzelgelenke, der inneren Fläche des Vorderarmes, der vorderen Fläche des Unterschenkels und dem linken Handrücken finden sich strahlige, pigmentlose, stellenweise dem Knochen adhärirende Narben. In Folge von Narbencontraction ist der rechte Daumen ankylotisch, der rechte Zeigefinger adducirt, der linke Zeigefinger abducirt. Die Enden der Vorderarmknochen sind höckrig aufgetrieben; die vordere Kante der linken Tibia ist durch Knochenneubildung abgerundet. An der Aussenseite des rechten Schultergelenkes und des rechten Oberarmes bis 1 Zoll oberhalb des Condyl. ext. humeri findet sich eine unregelmässig gestaltete, dunkelrothe, glatte, verschiebbare Narbenfläche. Aehnliche, jedoch kleinere und wenig verschiebbare Narben nehmen die Streckseite des rechten Ellbogengelenkes ein und endlich findet sich ein erhabener und unebener gürtelförmiger Narbenstreif an der vorderen unteren Halsfläche. Appetit gegenwärtig ziemlich gut, Sputum spärlich, dunkelgrau wenig lufthältig. Der Harn ziemlich reichlich, klar, blassgelb, ohne Eiweiss. Der Stuhl träge. — Jodkalium 2 Grm. täglich und Chinin mit Eisen. Pat. blieb bis 27. Febr. 1864 auf der Klinik. Das Jodkalium wurde bald wegen Auftretens von Jodismus und wegen eines Nachschubes der Lungeninfiltration ausgesetzt. In den ersten Tagen traten auch vorübergehend neuralgische Schmerzen im 2. und 3. Aste des linken Trigeminus auf. — Erst am 19. December wurde wieder Jodkalium ordinirt und es trat eine Besserung der Nervensymptome auf; leider musste es wieder ausgesetzt werden, da die Lungenaffection wieder einen Nachschub machte. Pat. wurde am 27. Febr. 1864 auf ihr Verlangen von der Klinik ungeheilt entlassen.

18. Beob. Schanker mit nachfolgendem Exanthem. 1 Jahr darnach herumziehende Kopfschmerzen und nach 4—5 Wochen, eingeleitet durch einen Krampf in mehreren Muskeln der rechten Gesichtshälfte, Lähmung der Wangenzweige des rechten Facialis, bald auch des rechten Hypoglossus und in einigen Stunden Lähmung der rechten oberen und Parese der rechten unteren Extremität. Unter Jodkalium in etwa 2 Monaten Heilung.

P . . . r, Führer der Zeugs-Artill., 31 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab. Im 16. Jahre habe er einen Typhus im 22. Jahre einen Rheumatismus überstanden; sonst sei er gesund gewesen. Im

30. Jahre habe er sich einen Schanker zugezogen, der 6 Wochen gedauert habe. Einige Wochen nach erfolgter Heilung desselben sei ein Ausschlag im Gesichte, auf der Brust und an den Händen aufgetreten, gegen welchen nur Bäder angewendet wurden. Seit Anfangs Nov. 1864 habe Pat. zeitweise herumziehende Kopfschmerzen und vermehrte Speichelsecretion gehabt. Am 3. Dec. 1864 sei ihm die Pfeife plötzlich aus dem Munde herunter gefallen, wobei ihm der rechte Mundwinkel nach oben und aussen gezogen und die rechte Lidspalte stark erweitert worden sei. Dabei sei von seiner Umgebung ein förmliches Rinnen des Speichels aus seinem geöffneten Munde beobachtet worden. In den Extremitäten bemerkte er noch keinerlei Störung; er ging noch einige Schritte, ohne etwas gesprochen zu haben. Er wurde ins Bett gelegt und mit Essig gewaschen, worauf sich die Verziehung des r. Mundwinkels und die starke Erweiterung der rechten Lidspalte etwas vermindert habe. Seit dieser Zeit konnte er nur einige unverständliche Laute von sich geben. Nach einigen Stunden konnte er die rechte obere Extremität nicht mehr bewegen. Am 5. Dec. wurde Pat. auf die Klinik gebracht und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur. An der rechten Stirnhälfte, an den Wangen, am Halse und am Stamme findet man ein papulöses Exanthem; die Papeln sind linsengross, nur am Halse etwas grösser, theils bräunlichroth, theils braun; sie sind zerstreut, nur am Halse in Halbkreisen angeordent und an letzterer Stelle auch mit zarten Krusten bedeckt. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind gegenwärtig nur etwas geschwellt. An der Glans penis eine seichte Narbe. Pat. ist ziemlich somnolent. Keine Nackencontractur. Die Mm. frontales und corrugat. supercil. contrahiren beiderseits gut. Das linke obere Augenlid steht ein klein wenig tiefer, als das rechte, beide werden gut bewegt. An den Bulbi nichts Abnormes. Lähmung der Wangenzweige des rechten Facialis. Die Zunge wird nur sehr mühsam und unvollständig hervorgestreckt und weicht nach rechts ab. Die Sprache ist sehr beeinträchtigt, fast unverständlich. Complete Lähmung der rechten oberen, eine mässige Parese der rechten unteren Extremität. Die rechte obere Extremität ist gegen die Peripherie zu röther und wärmer als die linke. Auf Nadelstiche reagirt Pat. an den rechtsseitigen Extremitäten und an der r. Gesichtshälfte weniger, als linkerseits. Von Seite der Brust- und Unterleibsorgane nichts Abnormes. P. 70. — Jodkalium. —

6.—12. Dec. Die Somnolenz wurde allmälich deutlich geringer; die Zunge wurde beweglicher und wurde schliesslich gerade herausgestreckt und die Sprache etwas deutlicher; die Lähmung der r. Wange und der rechten oberen Extremität besserte sich merklich, so dass Pat. schliesslich die Hand bis zum Scheitel des Kopfes bringen konnte; die Parese der r. unteren Extremität verminderte sich auffallend. Am 9. Dec. war vorübergehend die r. Pupille weiter, als die linke.

Anfangs Febr. 1865 waren alle Erscheinungen ganz zurückgegangen, nur beim Händedrucke merkte man eine unbedeutende Differenz; Pat. konnte ganz gut schreiben. Auch der Hautausschlag hatte sich inzwischen ganz zurückgebildet. Pat. wurde auf 2 Monate beurlaubt.

19. Beob. Indurirter Schanker. Nach nicht ganz drei Jahren ein papulöses und squamöses Exanthem; einige Tage darnach wurde nach dem Erwachen eine rasch vorübergehende Parese der linken oberen Extremität bemerkt, dann im Verlaufe des Tages mehrere, einige Minuten dauernde Anfälle von Lähmung der linken Extremitäten und der Wangenzweige des linken Facialis und Sprachverlust. Diese Erscheinungen besserten sich rasch, jedoch nach jedem folgenden Anfalle immer weniger. Schliesslich blieb links Hemiplegie, Parese der Wangenzweige des linken Facialis, etwas behinderte Sprache. Unter Jodkalibehandlung rasches Zurückgehen der Erscheinungen.

P . . . v, Maurer, 33 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab. 1855 habe er durch 17 Tage an Wechselfieber gelitten, sonst sei er stets gesund gewesen. 1862 zog er sich einen Schanker zu, der bald heilte, aber einen harten, schmerzlosen Knoten zurückliess, der bis jetzt bestehe. Am 13. Jän. 1865 bemerkte Pat. beim Erwachen, dass seine linke obere Extremität auffallend lahm sei. Da er sich aber sonst ganz wohl befand und da auch diese Lähmung bald schwand, so stand er auf und ging zu seiner Arbeit. Während er nun mit Holztragen beschäftigt war, wurde er plötzlich von Schwindel befallen; er suchte sich irgendwo anzuhalten, sank aber zusammen. Er blieb ganz bei Bewusstsein, konnte jedoch nicht sprechen und die linksseitigen Extremitäten waren gänzlich gelähmt. Diese Störungen besserten sich rasch, so dass er schon nach 10 Minuten sich erheben und etwas

gehen konnte, dabei die linke untere Extremität etwas nachschleppend, und dass er die linke obere Extremität wieder ziemlich bewegen und auch wieder wenn auch stammelnd sprechen konnte. Im Laufe des Vormittags wiederholte sich ein solcher Anfall noch 4 Mal; die Erscheinungen besserten sich jedesmal ziemlich rasch wieder, aber jedes folgende Mal etwas unvollständiger, so dass sich Pat. endlich genöthigt sah, sich ins Bett zu begeben.

Auch da wiederholten sich die Anfälle noch bis zum Abend einige Male, dann aber nicht mehr. Nach dem letzten kehrte wohl die Sprache allmälich bis zu einem gewissen Grade zurück, die Lähmung der Extremitäten jedoch nicht. Während der ganzen Zeit will er weder Schmerzen noch Zuckungen wahrgenommen haben. Den Ausschlag am Körper will er erst vor einigen Tagen bemerkt haben. Am 16. Jänn. wurde Pat. auf Duchek's Klinik aufgenommen und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, kräftig entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut schmutzig weiss, normal temperirt. Am Stamme und an den Extremitäten findet man zahlreiche, zerstreut stehende, 1—2 Linien im Durchmesser haltende, hell- bis kupferrothe Papeln, deren einige, namentlich an den unteren Extremitäten befindliche, mit feinen weisslichen Schüppchen bedeckt sind. An der Glans penis, sowie an der entsprechenden Stelle des Präputiums findet sich eine Induration. Die Leistendrüsen sind bis mandelgross, hart, nicht schmerzhaft; die Cubital- und Nackendrüsen sind jedoch nicht geschwellt. Das Bewusstsein nicht getrübt; weder Kopfschmerz noch Schwindel. Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke, beide reagiren jedoch gut. Ziemliche Parese der Wangenzweige des linken Facialis, Abweichen der Zunge nach links, etwas erschwerte Sprache, complete Lähmung der linken oberen, eine starke Parese der linken unteren Extremität. Puls 54. Die Sensibilität ist nicht beeinträchtigt, überhaupt sonst nichts Abnormes nachweisbar. — Jodkalium etc.

18. Jänn. Pat. fühlt sich wohl und kann die linke obere Extremität im Schultergelenke etwas bewegen. Gestern Abends habe er Zuckungen in dieser Extremität gehabt. P. 52.

23. Jänn. Das papulöse Exanthem erblasst. Pat. kann die l. ob. Extr. auch schon im Ellbogengelenke etwas bewegen. P. 56.

25. Jänn. Pat. bewegt auch schon die Finger etwas, auch die Sprache bessert sich.

1. Febr. P. 72. Pat. kann bereits alle Bewegungen mit der l. oberen Extr. ausführen, nur sind dieselben noch ziemlich schwach. Das linke Kniegelenk ist stark geschwollen, etwas geröthet, deutlich fluctuirend.

5. Febr. Die Kniegelenksentzündung fängt an sich zu bessern.

10. Febr. Die Kniegelenksentzündung hat sich ganz zurückgebildet, die Sprache ist ganz gut, an der linken oberen Extremität ist nur eine unbedeutende Schwäche, auch die linke untere Extremität hat sich soweit gebessert, dass Pat. mit Unterstützung eines Wärters im Zimmer etwas herumgehen kann. Das Exanthem hat sich ganz zurückgebildet. Nebst Jodkalium Faradisation der linken unteren Extremität.

15. März. Bis auf eine ganz geringe Schwäche der linken unteren Extremität sind alle Erscheinungen zurückgegangen. Patient wird reconvalescirt.

20. Beob. Schanker. Bald nach demselben ein papulöses und pustulöses Exanthem im Gesichte und am Kopfe. 3 Jahre darnach durch 5 Wochen öfters des Abends kurz dauernde Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Gefühl von Kälte am Rücken, und bald auch ein Gefühl von Spannung und Pelzigsein in den rechten Extremitäten. Dann rasch Somnolenz, erschwerte lallende Sprache, Erbrechen und Schluchzen, Ptosis links, Parese der Extremitäten rechts. Nach 8 Tagen eine leichte Besserung einzelner Erscheinungen, 4 Tage später jedoch wieder plötzliche Verschlimmerung derselben, complete Lähmung des linken Oculomotorius, Parese der linken Extremitäten, der Wangenzweige des rechten und der Frontalzweige des linken Facialis, leichte Abstumpfung des Gehör- und Geruchsvermögens und der Sensibilität der linken Gesichtshälfte und der Peripherie der oberen Extremitäten. Retardirter Puls. Unter Jodkaliumgebrauch und später unter Faradisirung des linken Oculomotorius Genesung.

Gr. . . . . y, Wachtmeister bei der Central-Cavallerie-Schule, 40 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab. 1848 habe er durch 3 Wochen an Wechselfieber und 1861 durch 2 Monate an einem Harnröhrentripper gelitten, sonst sei er bis 1882 vollkommen gesund ge-

wesen. Da bekam er an der Eichel einen Schanker und bald darnach im Gesichte und am Kopfe rothbraune Flecken, die an der Stirn verhältnissmässig am grössten, am Kinn dagegen klein und zahlreich waren. Unter Application einer Flüssigkeit auf das Geschwür und einer Salbe auf den Ausschlag erfolgte in einigen Wochen Heilung. Vom 26. October 1865 an traten öfters des Abends kurzdauernde Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen und ein Gefühl von Kälte über die ganze Rückenfläche ein, wozu sich in einigen Tagen auch ein Gefühl von Spannung und Pelzigsein in den rechtsseitigen Extremitäten gesellte. Gegen Ende November zeigte sich noch eine grosse Mattigkeit, zeitweise Schmerzen in allen Extremitäten und der Kopfschmerz wurde stärker. Am 29. Novbr. fand man den Pat. in seinem Bette im somnolenten Zustande, seine Stimme war heiser, seine Sprache erschwert, lallend, schwer verständlich, sein linkes Auge war nicht so weit offen, als das rechte. Pat. klagte über Flimmern vor den Augen, über Schmerzen, grosse Schwäche und ein Gefühl von Pelzigsein in den rechtsseitigen Extremitäten. Häufiges Erbrechen und fortwährendes Schluchzen gesellten sich bald dazu. Trotz Eisumschlägen, Abführmitteln und Application von 8 Blutegeln an die Proc. mastoidei blieben die Erscheinungen unverändert und erst vom 7. Dec. an wurde der Kopfschmerz etwas geringer, das Bewusstsein etwas freier, die Sprache besser und die Schmerzen in den Extremitäten geringer. Am 11. Dec. Morgens nach dem Erwachen war die Sprache wieder ganz unverständlich, lallend, das linke Auge bedeutend mehr geschlossen, als das rechte, der Kopfschmerz heftig, die Somnolenz stärker, zeitweise Delirien; ausserdem war Doppeltsehen vorhanden und die linksseitigen Extremitäten zeigten dieselben krankhaften Erscheinungen als die rechtsseitigen. Am 14. Dec. wurde Pat. auf Duchek's Klinik gebracht und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur, mässig fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut weiss, normal temperirt. Die Nacken-, Cubital- und Leistendrüsen sind nicht geschwellt. An der Eichel eine flache Narbe. An der Uebergangsstelle der Stirn in die behaarte Kopfhaut finden sich bis linsengrosse, unregelmässige, hie und da confluirende, oberflächliche Hautnarben, in deren nächster Umgebung die Haut pigmentirt ist. Mässige Somnolenz, starker Kopfschmerz. Die Stirn wird links minder gut gerunzelt, als rechts. Complete Lähmung des linken N. oculomotorius in allen seinen Aesten, Parese der Wangenzweige des r. Facialis,

Abweichen der hervorgestreckten Zunge nach rechts; lallende, schwer verständliche Sprache. Das Geruchs- und Gehörsvermögen scheinen etwas abgeschwächt zu sein. Keine Nackencontractur. Mässige Parese aller Extremitäten, rechterseits etwas stärker, als linkerseits; Zittern derselben bei Bewegungen. Die Sensibilität ist an der linken Gesichtshälfte und an der Peripherie der oberen Extremitäten etwas weniges vermindert. Die linke Lunge mässig ausgedehnt, Herzstoss nicht tastbar, Herztöne schwach; sonst an den Brustorganen nichts Abnormes. Unterleib mässig vorgewölbt. Die Milzdämpfung nicht nachweisbar, die Leberdämpfung in der Papillarlinie nur an der 5. Rippe nachweisbar, ein Querfinger nach innen von der r. Papillarlinie findet sich keine Leberdämpfung mehr. Erbrechen und Schluchzen ist seit gestern nicht mehr vorhanden. P. 56. Unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung. Die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln der Extremitäten und des Gesichts normal.

Bis 25. Dec. wurde nur eine symptomatische Behandlung durchgeführt; der Zustand blieb dabei in Gleichem, ja es fing ein Decubitus an, sich zu entwickeln. — Jetzt wurde täglich 1,00 Jodkalium gereicht.

1. Jänn. 1866. Der Kopfschmerz ist geschwunden, die Somnolenz etwas geringer. Sonst Stat. idem.

10. Jänn. Die Parese der Extremitäten ist merklich geringer. Pat. kann aber noch immer selbst mit Unterstützung nicht gehen.

20. Jänn. Die Somnolenz gänzlich geschwunden. Die Kraft in den Extremitäten hat sich so weit gebessert, dass Pat. bereits selbst essen und auch eine kurze Strecke gehen kann. Die Sprache zeigt keine Störung mehr, ebenso der Geruch, das Gehör, die Faciales und die Sensibilität; auch weicht die Zunge nicht mehr ab. Die Oculomotoriuslähmung ist jedoch in Gleichem. Nebst Jodkalium faradische Behandlung der letzteren.

10. Febr. Pat. kann schon eine halbe Stunde herumgehen; die Lähmung des Oculomotorius bessert sich.

Von da an schreitet die Besserung allmälich weiter und es kommt bis 18. April zur vollkommenen Genesung; nur die l. Pupille bleibt ein klein wenig weiter, Pat. wird am letzteren Tage reconvalescirt.

21. Beob. Harnröhrenschanker mit consec. Bubonen 9 Jahre später durch 8 Monate hindurch Anfälle von Schwindel, begleitet von Ohrensausen, Flimmern vor

den Augen und allgemeiner Kraftlosigkeit. Nach dem ersten Schwindelanfalle eine durch $^1/_2$ Stunde dauernde Sprachlosigkeit. Nach diesen 8 Monaten eingeleitet durch einen sehr heftigen Schwindelanfall ein apoplektiformer Anfall, nach welchem eine complete Lähmung des linken Facialis in allen seinen Gesichtszweigen, der linksseitigen Extremitäten, Anästhesie der linken Körperhälfte, bald vorübergehende Abschwächung des Gehör- und ein rasch vorübergehender Verlust des Sprachvermögens. Allmäliche Besserung, unterbrochen durch zeitweise Verschlimmerungen.

G. . . . . r, Invalid-Feldwebel, 36 Jahre alt, gibt an, dass sein Vater in seinem 37. Jahre an einer ihm unbekannten Krankheit gestorben sei, seine 72jährige Mutter noch lebe und gesund sei. Pat. selbst sei bis 1851 vollkommen gesund gewesen. Da habe er in Ungarn Wechselfieber bekommen, wozu sich nach einiger Zeit Gelbsucht und leichte Wassersucht der unteren Körperhälfte hinzugesellt habe. Nach einer Dauer von 4 Monaten erholte sich Patient wieder und wurde nie mehr wieder von Wechselfieber befallen. 1854 sei er durch 6 Wochen mit Bubonen behaftet gewesen, denen ein Tripper vorhergegangen sein soll; eine secundäre Affection sei darauf nicht gefolgt. Dann blieb Pat. bis 1863 gesund. Von da an litt Pat. an 4—5 Min. dauernden Schwindelanfällen, die von Ohrensausen und Flimmern vor den Augen und allgemeiner Kraftlosigkeit begleitet waren. Diese Schwindelanfälle kamen manchmal durch einige Zeit täglich, manchmal jedoch in Pausen von einigen bis 8—10 Tagen; sie traten gewöhnlich auf, wenn Pat. aus freier Luft in ein Zimmer trat, oder wenn er sich körperlich oder geistig etwas mehr angestrengt hatte. Ausserdem bemerkte er keine Störung seines Wohlbefindens, auch versah er seinen Dienst wie früher. Im Oct. 1863 wurde er eines Tages plötzlich sprachlos, indem er trotz aller Anstrengung keinen Laut hervorbringen und auch die Zunge nicht bewegen konnte; nach $^1/_2$ Stunde habe er die Sprache wieder vollkommen erlangt. Von da an kamen die Schwindelanfälle seltener. Im März 1864 trat beim Brodvertheilen ein ungemein heftiger Schwindelanfall auf, es trübten sich seine Sinne und er fiel in wenigen Secunden nieder, ohne jedoch das Bewusstsein ganz zu verlieren, da er ganz gut wahrnahm, dass man ihn vom Boden aufhob und ins Bett legte. Bald wurde sein Bewusstsein freier und da bemerkte er, dass

er nicht sprechen und seine linksseitigen Extremitäten nicht bewegen könne, in denselben auch kein Gefühl habe und auch sehr schlecht höre. Das Bewusstsein war in kurzer Zeit vollkommen zurückgekehrt, bald darnach auch die Sprache, das Gehörvermögen wurde erst den nächsten Tag vollkommen normal, die Lähmung der linksseitigen Extremitäten blieb jedoch unverändert. Pat. wurde ins Spital gebracht und blieb daselbst 2 Monate. Hier besserte sich der Zustand in den linksseitigen Extremitäten die ersten 2 Wochen fast gar nicht, dann aber bis zu seiner Entlassung soweit, dass er die obere Extremität so ziemlich gut und die untere nur so weit gebrauchen konnte, dass er mit Hilfe eines Stockes eine ganz kurze Strecke zurücklegen konnte. Im Aug. 1864 bekam er wieder einen Anfall von Schwindel, Ohrensausen und ausserdem noch von Verlust des Sehvermögens. Erst nach 4 Stunden konnte er sich im Spiegel betrachten und da nahm er wahr, dass sein linkes Auge ganz blutroth sei und dass er mit demselben auch nichts sehe. Nach einigen Wochen verschwand die blutrothe Färbung und es bildete sich allmälich der gegenwärtige Zustand am Auge aus. Auch der Zustand an den linksseitigen Extremitäten habe sich noch etwas gebessert. Am 27. Nov. 1865 kam Pat. auf Duchek's Klinik und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. von starkem Knochenbaue, gut entwickelter Musculatur ziemlich fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Die Haut gelblichweiss, elastisch. Die Nacken-, Cubital- und die rechtsseitigen Inguinaldrüsen sind geschwellt, hart, nicht schmerzhaft. In der rechten Inguinalgegend ist eine längliche Narbe. Die linke Stirn kann nicht gerunzelt, das linke Auge nur unvollständig geschlossen werden; die Nase weicht nach rechts ab; die linke Nasolabialfalte ist links verstrichen und der linke Mundwinkel wird sowohl willkürlich als auch mimisch nur wenig bewegt. Die hervorgestreckte Zunge weicht nach rechts ab. Die Sensibilität der linken Gesichtshälfte ist deutlich herabgesetzt. Die Sprache ist in der Regel normal, nur beim schnellen Sprechen merkt man ein leichtes Anstossen der Zunge. Am linken Auge ein Staphylom, Synechia ant. totalis und aufgehobenes Sehvermögen; sonst von Seite der Augen nichts Abnormes. Die Musculatur der linksseitigen Extremitäten ist weniger entwickelt, als die der rechtsseitigen, auch ist an den ersteren die Sensibilität deutlich herabgesetzt. Mit der linken oberen Extremität kann Pat. alle Bewegungen vollführen, nur fallen dieselben etwas ungeschickter aus, als diejenigen mit der rechten. Pat. kann nur eine sehr kurze Strecke gehen; die linke untere

Extremität ist nämlich ziemlich stark paretisch und wird bogenförmig nachgeschleift. Von Seite der Brust- und Unterleibsorgane nichts Abnormes. — Jodkalium und Faradisation der Haut und der Muskeln der linksseitigen Extremitäten und der linken Gesichtshälfte. Dabei zeigte sich, dass die elektrocutane Sensibilität und die elektromusculäre Contractilität daselbst merklich herabgesetzt seien, namentlich die letztere an der linken Peronealgruppe. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand allmälich ziemlich. Da stellten sich am 26. Dec. tonische Krämpfe in den Beugern dieser Extremitäten ein; dieselben vergingen wohl bald, aber die Parese kehrte wieder auf ihren früheren Stand zurück. Es wurde mit der elektrischen Behandlung ausgesetzt, Jodkalium aber weiter gegeben. Es trat wieder allmäliche Besserung bis zum 10. Febr. 1866 auf, von da an ohne bekannte Veranlassung eine rasche Verschlimmerung, welche sich erst allmälich wieder etwas ausglich, so dass Ende März die Sprache ganz ungestört war, die starke Parese der linken Gesichtshälfte merklich, die Parese der linksseitigen Extremitäten und die Sensibilitätsstörung der linken Körperhälfte etwas abnahm.

(Schluss im nächsten Hefte.)

# Ueber das „Xeroderma pigmentosum“ (Kaposi), Liodermia essentialis cum Melanosi et Telangiectasia.

Von

Prof. Dr. **A. Neisser** in Breslau.

---

Unter dem Namen Xeroderma (erste Art) hatte bereits im Jahre 1870 Kaposi[1]) eine bis dahin unbekannte Hautkrankheit beschrieben, welche in einer eigenthümlichen Atrophie der Haut bestand und zu merkwürdigen Pigmentverschiebungen gewisser Hautpartien (Gesicht, Hände und Unterarme) führte, schliesslich durch die Complication mit im jugendlichen Alter auftretenden Epithelialcarcinomen ausgezeichnet war.

Neuerdings (Wien. med. Woch. 17. p. 495. 1882 und Med. Jahrbücher 1882 p. 619) hat Kaposi seine frühere Darstellung an der Hand von im Ganzen 8 Fällen derart bestätigen und erweitern können, dass wir jetzt in der That einem wohl charakterisirten Krankheitsbilde gegenüberstehen.

Ich habe neuerdings Gelegenheit einen solchen Fall zu beobachten und will denselben hier kurz mittheilen.

Anamnese (nach den Angaben der sehr verständigen Mutter). Der Vater des Kranken ist an einer Oesophagus-Krankheit, welche ihn am Schlingen verhinderte (Carcinom?) gestorben. — Die Mutter ist eine gesunde kräftige Frau, welche an den Armen und auf dem Rücken deutliche strahlige, von serpiginösen Geschwüren herstammende Narben zeigt, die von einer zugegebenen Syphilis-Erkrankung während der Ehe herrühren. — Die Eltern waren 9 Jahre verheiratet

---

[1]) Hebra u. Kaposi, Lehrbuch. 2. Bd. p. 182.

und es wurden in dieser Zeit vier Kinder geboren. Das erste Kind kam im 7. Monat der Gravidität todt zur Welt; es war an einer Seite weiss, an der anderen blau, eine Differenz, die scharf am ganzen Körper vorhanden gewesen sein soll. — Das zweite Kind ist unser Patient. Er war ein gesundes kräftiges Kind mit schöner weisser Haut. Als er im 3. Monat nach der Geburt an einem schönen sonnigen Tage ins Freie getragen wurde, bildeten sich in seinem Gesicht eine Menge dunkelrother Flecken. Dieselben blieben einige Tage lang bestehen, wurden dann blässer, schuppten ab und verschwanden ohne besondere Folgen. Diese Erscheinung wiederholt sich seitdem jedesmal und an all den Stellen, welche der Sonne exponirt werden. Wenn der Knabe z. B. späterhin im Flusse badete, so waren es sonach alle Partien der Körperoberfläche, welche diese Erscheinungen zeigten, mit Ausnahme der Innenflächen der Schenkel und der Oberarme, weil diese vor dem Zutritt der Sonne Schutz hatten. Allmälich aber stellte sich am Gesicht, Hals, an den Unterarmen und Händen eine dunkle Verfärbung ein, also an all den Localitäten, welche sehr häufig den oben geschilderten Process durchzumachen hatten. — Ferner leidet Patient seit jeher an aufgesprungenen Lippen, die im Winter verheilen, im Sommer aber arge Beschwerden verursachen. Ausser diesen, auf der Haut sich abspielenden Erscheinungen war das Kind bis zum 8. Jahre gesund und entwickelte sich in normaler Weise. Dann fing es an zu stammeln; im 10. Jahre begann sich eine starke Schwerhörigkeit einzustellen. Seine Verstandeskräfte nahmen immer mehr ab, so dass er nicht mehr fähig war ein Handwerk zu erlernen, sondern nur die einfachsten häuslichen Dienste zu leisten im Stande ist. — Vor zwei Jahren bekam der Kranke eine „Blatter“ an dem rechten unteren Augenlid. Wurde dieselbe aufgerissen, so blutete sie stark; allmälich entstand ein Geschwür, das sich stetig und langsam vergrösserte. — Das dritte Kind wurde 1 Jahr später geboren, Mädchen. 6 Wochen alt starb es. An seiner Haut war nichts besonderes zu bemerken. — Wieder ein Jahr nachher wurde ein Knabe geboren. Derselbe lebt noch und zeigt nach Aussage der Mutter ganz dieselbe Beschaffenheit der Haut und der Lippen wie sein älterer Bruder. — Im Alter von 15 Jahren stellte sich bei ihm gleichfalls Schwerhörigkeit und Schwachsinnigkeit ein. — An einem „Geschwür“ im Gesicht wie unser Pat., leidet der jüngere Sohn nicht.

Was die Idiotie betrifft, so liegt mütterlicherseits keine Belastung vor; dagegen sollen ein Bruder und eine Schwester des Vaters Idioten gewesen sein.

Status praes. 8. Jänner. — Kleiner schwächlicher Mensch mit imbecilem Gesichtsausdruck, aber lebhaften Augen. Der Kranke ist 24 Jahre alt, macht aber einen viel älteren Eindruck. Der Körper in steter Bewegung; fortwährend Versuche, die Umgebung auf die Erkrankung seines Auges und seiner Hände aufmerksam zu machen. Die Sprache dabei absolut unverständlich; lallend, unarticulirt, nur für die Mutter verständlich.

Der Knochenbau des Körpers gracil, ohne irgend welche Auftreibungen und Verkrümmungen. Musculatur und Panniculus adiposus wenig entwickelt. Die Haut des Rumpfes und der Oberarme, wie der Oberschenkel glatt, weiss, von normaler Beschaffenheit. Auf derselben finden sich, namentlich am Rumpfe, etwa 15—20 tiefschwarz pigmentirte, Mal-ähnliche, linsengrosse Flecke; auch einige schmutzig-graue, rauhe, wie senile Warzen aussehende Stellen von Bohnengrösse. Am Rücken sieht man eine Anzahl stecknadelkopfgroser dunkelrother Flecke, die durch Druck keine Farbenveränderung erkennen lassen. Ganz anders ist nun das Bild, das die Haut des Gesichts und Halses und der Vorderarme und Hände darbietet. Sie erscheint gegenüber der glatt weissen Haut des übrigen Körpers tief-dunkel gefärbt. Bei genauerer Betrachtung sieht man linsengrosse schwarze und dunkelbraune Flecke mit ganz schneeweissen abwechseln, doch so, dass für den Gesammteindruck der dunkle Ton prävalirt. — Nur in den Fossis suprascapular. und auf der linken Seite des Nasenrückens befinden sich einige durch ihre weisse Farbe sofort auffallende Drei-Markstück grosse, leucodermatische Partien. — Der Uebergang dieser verfärbten Zonen in die normalen vollzieht sich im oberen Drittel der Unterarme und an der unteren Halslinie ohne scharfe Grenze. An den verfärbten Stellen ist zugleich die Textur der Haut verändert. Sie ist glatt, ohne die normale Furchenzeichnung und sehr stark verdünnt, namentlich am Handrücken und an der Nase, eine Veränderung, die sich besonders in der ungemein feinen Faltelung (wie bei atrophischer Favus-Kopfhaut) documentirt. Grosse Falten lassen sich am Handrücken leicht aufheben, während an den Vorderarmen dies schwerer möglich ist. Man hat den Eindruck, als wäre die oberste Hautlage fester mit der musculösen Unterlage verlöthet, als gewöhnlich. (Bei einer an der

Radialseite des Unterarmes vorgenommenen Excision fiel auch sowohl beim Schneiden als beim Nähen die derbere Beschaffenheit der cutanen Gewebe auf, und trotz der sorgfältigen Antisepsis trat keine prima intentio ein, sondern die Wundränder gingen auseinander und trotz schöner Granulationsbildung ist das Vorschreiten des Epithels von den Rändern her ein sehr langsames.) — Die Nägel sind nicht verändert.

Am auffallendsten ist — abgesehen von der geschilderten Pigmentirung — die Difformität des Gesichts. Die Lippen sind eingezogen und (bei Mangel sämmtlicher Vorderzähne) flach; das Lippenroth ist durch weissliche, narbenähnliche Haut ersetzt. Die Nase, scharf contourirt, ist unbeweglich (trotz der Weichheit und Verdünnung der Haut). Hier besonders findet sich ein grosser pigmentloser, glänzend glatter, wie es scheint, etwas unter dem Niveau der Umgebung liegender Herd. — An der Nasenspitze eine bohnengrosse, schmutzig-graue, rauhe, leicht erhabene Stelle, die wie eine flache Warze sich anfühlt. — Eine eben solche sitzt am linken Ohrläppchen. Am rechten Auge schliesslich findet sich nach der Schläfe zu sich ausbreitend eine Geschwürsfläche, welche, am inneren Augenwinkel beginnend, das untere Lid in toto zerstört hat, am äusseren Winkel etwa den vierten Theil des oberen Lides und noch $1^1/_2$ Centimeter etwa von der Schläfenhaut einnimmt. Die Conjunctiva stark injicirt. Der Grund des Geschwürs flach, zeigt ganz niedrige Granulationen, die wie mit einer glänzenden Firnissdecke überzogen aussehen und sehr wenig Eiter produciren. Der Rand wallartig aufgeworfen, knorpelhart, weisslich, wie durchschimmernd. — Der Haarwuchs am Kopfe normal, Lanugo am ganzen Körper reichlich, nur an den Unterarmen und Handrücken spärlicher. Am linken Unterschenkel Narbenreste einer früheren Ulceration.

Sensibilität, soweit sich dieselbe bei dem unverständlichen Pat. feststellen lässt, herabgesetzt. Man kann ohne jegliche Schmerzensäusserung des Patienten eine Nadel tief in die Nase einstechen.

Die Haut des Patienten fühlt sich wie eine normale an. Nach Angabe der Mutter ist die Schweisssecretion bei ihm eine sehr reichliche (während sie beim Bruder ganz fehlen soll). Eine Pilocarpininjection von 1 Centigramm bewirkte nach 3 Minuten sehr lebhafte Röthung der gesammten Körperhaut und profuse Speichelsecretion. — Etwa 1 Minute später brach sehr lebhafter Schweiss aus, der an den

Händen und Vorderarmen allerdings etwas geringer war, als am übrigen Körper. Das Gesicht dagegen war überströmt. Sämmtliche Lanugohärchen stellten sich zugleich mit der Röthung der Haut senkrecht auf die Hautoberfläche.

Urin: spec. Gewicht 1010. Ohne jegliche Abnormität.

Ueber die Identität dieses uns vorliegenden Falles (wie des des Bruders, welchen die Mutter uns als ganz analog, nur ohne Carcinom, schildert) mit den von Kaposi als Xeroderma pigmentosum beschriebenen kann meines Erachtens kein Zweifel bestehen. Sämmtliche von ihm angegebenen Charakteristika (Atrophie, Pigmentirung, Carcinom, Telangiectasien etc.) finden sich in der ausgesprochensten Weise wieder.

Die Affection ist eine verhältnissmässig seltene.

Kaposi und Hebra haben sie im ganzen 8mal gesehen (in welchen 2 von Geber[1]) publicirte Fälle inbegriffen sind).

Ein von Glax[2]) mitgetheilter Fall ist möglicherweise als Sclerodermie zu deuten.

R. W. Taylor[3]) hat 7 Fälle gesehen und beschrieben. Er hat jedoch den Namen Angioma pigmentosum et atrophicum der Kaposi'schen Bezeichnung vorgezogen. Ferner haben Duhring wie Heitzmann[4]) je einen eigenen Fall gesehen.

Den von Wilson als „General Atrophia cutis" beschriebenen Symptomencomplex kann man meiner Ansicht nach nicht mit voller Sicherheit dem Xeroderma Kaposi's zuzählen.

Zu diesen 19 Beobachtungen kommen hinzu 8, welche in einer von Wilhelm Rüder verfassten Dissertation: „Ueber Epithelialcarcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie" Berlin 1880 beschrieben worden sind. Ich theile diese höchst bemerkenswerthen Beobachtungen hier mit einigen Abkürzungen mit, weil die Rüder'sche Arbeit nicht Jedem zugänglich sein dürfte.

Von den Kindern des Herrn B. zu Eutin im östlichen Holstein, der ebenso wie seine Frau stets gesund gewesen ist, auch von völlig

---

[1]) Allgemeine Wiener med. Zeit. 1874, Nr. 35. — diese Vrteljahrsch. 1875, 1. Heft p. 114.

[2]) Diese Vierteljahrschr. 1874, Heft 1.

[3]) Trans. Amer. Derm. Assoc. 1878.

[4]) Amer. Journal of Med. Sc. Oct. 1878.

gesunden Eltern abstammt, erkrankten die sämmtlichen acht Knaben mit einer einzigen Ausnahme — während die fünf Mädchen gesund blieben — etwa mit dem Beginn ihres zweiten Lebensjahres an einer Hautkrankheit, deren Diagnose lange zweifelhaft war, da man sich zu derjenigen, welche später durch die anatomische Untersuchung festgestellt wurde, wegen des jugendlichen Alters der kleinen Patienten nicht für berechtigt hielt.

Der Angabe der Eltern, ihr ältester Sohn, der dem umsichgreifenden Leiden erlegen sei, sei unter der Diagnose Krebs gestorben, war man geneigt nur mit Misstrauen zu begegnen; man dachte vielmehr, es könne sich bei demselben höchstens um einen Krebs gehandelt haben, der sich erst später auf lupöser Basis entwickelt hätte. So ungefähr lag die Sache, als die Kinder in die Behandlung des Herrn Dr. Wulf in Eutin übergingen, dem es vergönnt war, durch die mikroskopische Untersuchung eines Knotens von Haselnussgrösse, den er aus der Unterlippe eines der Knaben exstirpirt hatte, zuerst mit voller Sicherheit die Diagnose auf Epithelialcarcinom zu stellen.

Status präsens: 1. Paul, 5 Mon. alt, blondes kräftiges Kind von vorzüglichem Ernährungszustand. Die Haut des Gesichts und Halses, der Unterarme und Handrücken erscheint rauher und matter als bei anderen Kindern gleichen Alters. Die Haut am übrigen Körper ist glatt, rein und glänzend.

2. Karl, derber gut genährter Junge von $1^1/_2$ Jahren. Haare dunkelblond. Haut des Rumpfes und der Unterextremitäten prall, glatt und rein. An einzelnen Stellen des Gesichtes jedoch erscheint die Haut weiss gefleckt. Theils innerhalb dieser weissen Flecken, theils und abhängig von denselben erscheinen im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut rothe und dunkelbraune Flecken von Hirsekorn- bis Bohnengrösse. Letztere können bei oberflächlicher Beobachtung als Sommersprossen imponiren; bei näherer Besichtigung fällt jedoch eine Epidermisanhäufung über denselben auf. Die behaarte Kopfhaut ist trotz der energischsten Reinigungsbestrebungen stets mit Epidermisschuppen besäet. Die Handrücken und Arme, so weit sie unbekleidet sind, sind rauh, von schmutzig graubrauner Farbe und dicht besetzt mit kleinen stecknadelkopfgrossen Wärzchen.

3. Hans, 4 Jahre alt, dunkelblonder Junge, kräftig und gross für sein Alter. Haut an Rumpf und unteren Extremitäten glatt und rein. Im Gesicht, namentlich in der Regio temporalis, bis thalergrosse,

weisse Flecken, die einen an Perlmutter erinnernden Glanz besitzen. Braune Flecken wie bei Karl, doch sind dieselben viel zahlreicher und confluiren an vielen Stellen, so namentlich im Nacken. So ist die Regio submentalis völlig unbetheiligt. Vorderarme und Handrücken von sonst gleichmässiger, bräunlicher Färbung, dabei ist die Haut rauh, abschuppend und entschieden verdickt. Auf der Conjunctiva papilläre Wucherungen. Es besteht Conjunctivitis mit grosser Lichtscheu.

4. Max, 5 Jahre alt, pausbäckiger, derber Junge mit röthlich blonden Haaren. Die Haut des Nasenrückens und der Regiones infraorbitales ist von gleichmässig weisser Farbe, dabei glatt und glänzend. Die braunen Flecken sind erbsen- bis bohnengross, im Verhältniss zu denen der Brüder spärlich und zerstreut über Gesicht, Hals und behaarte Kopfhaut. Auf der Rückseite der rechten Ohrmuschel befindet sich eine reichlich bohnengrosse graugelbliche Warze. Haut an Vorderarmen und Handrücken braun und mit zahllosen Wärzchen von Linsengrösse bedeckt. Papilläre Rauhigkeiten der Conjunctiva. Conjunctivitis und äusserste Lichtscheu. — Auf der Unterlippe befindet sich eine strahlige Narbe, herrührend von einem Tumor, der vor einigen Wochen zerfallen und ohne ärztliche Intervention spontan geheilt ist.

Mädchen von $6^1/_2$ Jahren gesund.

Mädchen von 8 Jahren gesund. Die Mädchen sind sämmtlich blond mit Variationen der Nuance. Ihr ungewöhnlich schöner, weisser Teint bildet einen schroffen Contrast zu den schmutzigbraunen, rauhen Gesichtern der Knaben.

5. Otto, 9 Jahre alt, dunkelblond, kräftig gebaut, wenn auch nicht gerade gross für sein Alter. Aufgeweckter, munterer Junge, den seine Krankheit wenig zu kümmern scheint. Diffuse Perlmutterfärbung des Nasenrückens und der Regio infraorbitalis, hochgradigste Verbreitung der bohnengrossen braunen Flecken über Gesicht und Hals, vielfach confluirend und hin und wieder von rothen Flecken unterbrochen. Starke Abschuppung auf Gesicht, Hals und Handrücken; dagegen relativ wenig auf der behaarten Kopfhaut. In Folge von häufigem Kratzen der juckenden Haut befinden sich auf den Backen und in der Regio temporalis Schorfe. Linsengrosse Wärzchen von glatter Oberfläche und derber Consistenz am Saum der Lippen, auf den Backen, sowie auf den Processus mastoidei und auf beiden Seiten der Ohrmuscheln; Handrücken und Unterarme schmutziggrau mit zahlreichen linsengrossen Warzen besetzt. Haut der bedeckten Körpertheile glatt und rein. Starke

Conjunctivitis, doch geringere Lichtscheu als bei den jüngeren Brüdern. Ein kleinhaselnussgrosser Tumor der Unterlippe wurde durch keilförmige Excision entfernt, recidivirte jedoch innerhalb einer Zeit von acht Monaten und musste zum zweiten Male operativ beseitigt werden.

6. Christian, 11 Jahre alt, dunkelblonder, kräftiger Junge von entsprechendem Ernährungszustande. Haut der bekleideten Körpertheile intact. Perlmutterfärbung der Haut in der Regio infraorbitalis. Braune Flecken diffus verbreitet über Gesicht, Hals und Handrücken. Dazwischen auf den Backen und in der Regio temporalis ausgedehnte, strahlige Narben, die zum Theil braun pigmentirt sind. Auf der rechten Backe eine zerfallende graubraune Warze von Erbsengrösse. Zahlreiche kleine, hirsekorngrosse Hämorrhagien der Gesichtshaut, Kratzschorfe auf den Backen und am Lippensaum. Conjunctivitis und mässige Lichtscheu. Oedem der oberen, Ektropion der unteren Augenlider. Die Cervical- und Submaxillardrüsen sind etwa bohnengross geschwollen.

Mädchen, gesund.

7. Karl, ist 10 Jahre alt an Rachencroup gestorben. Er war der einzige von den Knaben, der sich einer völlig gesunden Haut zu erfreuen hatte.

Zwei Mädchen gesund.

8. Johannes ist 10jährig dem Leiden erlegen. Nach Angabe der Eltern soll sich in der Schläfengegend ein Krebsgeschwür entwickelt haben, das weiter und weiter um sich griff und schliesslich auf die Augenlider überging, den Bulbus jedoch intact liess [1]).

Es stehen uns also im Ganzen 27 Fälle zur Verfügung, welche ich der Uebersichtlichkeit wegen in einer Tabelle zusammenstelle: (S. Seite 55.)

Eventuell würden hinzuzurechnen sein die Wilson'schen Fälle von General Atrophia cutis.

Sodann gibt es sicherlich eine grosse Anzahl von Beobachtungen, welche mit ungenügender Kenntniss der vorliegenden Krankheit unter anderen Namen publicirt wurden. Namentlich eine genaue Durchsicht der Literatur über Carcinome im Kindesalter würde die Zahl der Fälle

---

[1]) Eine besonders bemerkenswerthe Aenderung des Zustandes der eben beschriebenen Kinder ist seit jener Zeit nicht eingetreten, wie H. Dr. Neber in Kellinghusen mir mitzutheilen die Güte hatte.

| Autor | Zahl der Fälle | Geschlecht und Alter | Geschwister | Beginn des Leidens | Cancroid | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kaposi | 1. | Mädch. 18 J. | | im 1. Lebensj. | | Tod 25 J. alt. an Peritonealkrebs |
| | 2. | „ 10 „ | | „ 1. „ | ja | Tod an multiplen Carcin., 13 Jahr. alt |
| | 3. | „ 6 „ | Geschwist. | „ 2. „ | ja | |
| | 4. | „ 8 „ | Geschwist. | „ 2. „ | ja | |
| | 5. | „ $5^1/_2$ „ | Geschwist. | „ 2. „ | | taubstumm |
| | 6. | Knabe $2^1/_2$ „ | Geschwist. | „ 2. „ | | |
| | 7. | Mann 17 „ | | ? | ja | multipl. Carcin. |
| | 8. | Mann 22 „ | | im 16. Jahre | ja | |
| Taylor | 1. | Mädchen | Geschwist. | im 1. Lebensjahre | unsichere Angaben | |
| | 2. | „ | Geschwist. | | | |
| | 3. | „ | | | | |
| | 4. | „ | Geschwist. | | | |
| | 5. | „ | Geschwist. | | | |
| | 6. | „ | | | | |
| | 7. | „ | | | | |
| Duhring | 1. | Mädch. 17 J. | | im 1. Jahre | | Mutter an Krebs gestorben. |
| Heitzmann | 1. | Mann 40 „ | | im 8.—9. J. | ja | |
| Rüder | 1.—8. | 8 Knaben | Geschwist. | im 1. Jahre | 4mal | 5 Mädch. derselben Eltern gesund 1 Knabe an Carcinom gestorben. |
| Neisser | 1. | Mann 24 J. | Geschwist. | im 1. Jahre | ja | beide Brüder sind schwachsinnig 2 Mädchen bald nach der Geburt gestorben. Vater an Krebs gestorben. |
| | 1. | „ 22 „ | Geschwist. | | | |
| | 27 | 13 weiblich 14 männlich | 4mal je zwei; 1mal drei; 1mal acht; 19 | fast constant in frühester Kindheit (1.—2. Lebensjahr). | 11 mal sicher ja; in 7 Fällen fehlen die Angaben üb. den Character der Neubildung. | |

gewiss bereichern. — Mir selbst sind nur zwei Publicationen aufgefallen, die vielleicht hieher gehören:

Hutchinson J. Case of the pityriasic variety of congenital Xeroderma. Lancet 23. Jänner 1875.

Tanturri, Idiopathic, pigmentary, telangiectacic small-celled sarcoma of the skin. Il Morgagni Juli 1877. (Cit. in Arch. of Derm. 1879, p. 191.)

Weiter ist von Atkinson (Richmond and Louisville Med. Journal. Dec. 1877) ein Fall von „unilateral idiopathic cutaneous atrophy“ erwähnt mit Pigmentation und Hypertrophie der cutanen Capillaren.

Soeben ersehe ich aus einer Anmerkung in den Annales de Derm. etc. 1883. 1. p. 29, dass Vidal im Hôpital Saint-Louis einen analogen Fall beobachtet.

Versuchen wir nun im Anschluss an diese Fälle, und uns auf die grundlegenden Schilderungen Kaposi's stützend, einen Einblick in die Pathologie dieses „Xeroderma pigmentosum“ zu gewinnen, so lassen sich folgende Hauptsätze aufstellen:

Die Krankheit besteht in einer angeborenen Abnormität der Haut, die zwar nicht bei der Geburt vorhanden ist, aber im 1. oder 2. Lebensjahre sich zu äussern beginnt (ähnlich wie Prurigo, Ichthyosis etc.).

Dieses Moment des „Angeborensein“ zeigt sich auch in dem höchst bemerkenswerthen Auftreten der Krankheit bei mehreren Geschwistern, wobei das interessante Factum hervorzuheben ist, dass oft alle Kinder desselben Geschlechtes erkrankten, während die Kinder anderen Geschlechtes frei blieben. Wenig Gewicht ist wohl auf das nur in zwei Fällen beobachtete Vorkommen von Krebs bei den Eltern zu sagen. — Die Krankheit ist unheilbar und führt meist durch multiple Carcinomatose frühzeitig den letalen Exitus herbei. (Duhring meint einen milden und schweren Typus des Verlaufes aufstellen zu können.)

Was den Verlauf der Krankheit anlangt, so verweise ich auf die Darstellung Kaposi's, zumal die angeführten Krankengeschichten das nöthige sagen, hier möchte ich nur auf die von Kaposi, wie ich glaube nicht genügend urgirten Anfangsstadien hinweisen: Im Anschlusse an äussere Schädlichkeiten (strahlende Wärme der Sonne) entstehen oberflächliche hyperämische (vielleicht Entzündungs-) Herde, die von vorübergehendem Bestande sind und nach wenigen Tagen bereits unter ganz oberflächlicher Abschuppung verschwinden. (Diese Eigenart der Haut ist auch von Taylor bereits erwähnt. Er sagt: Die Mütter betrachten die Krankheit

anfangs als einfachen Sonnenbrand, auch werden häufig Masern fälschlich diagnosticirt.)

Schliesslich aber führen diese Reizungen und vorübergehenden Hyperämien, wenn sie sich Jahre- und Jahrzehntelang wiederholen, eben an den Theilen, die den betreffenden Schädlichkeiten permanent ausgesetzt bleiben, also im Gesicht, am Halse, an Händen und Vorderarmen zu schwereren persistenten Alterationen, es entstehen die Sommersprossen ähnlichen Pigmentationen, die Telangiectasien, die atrophischen Veränderungen, die Epitheliome. Jeder dieser einzelnen Vorgänge ist jeweilig einer verschieden mächtigen Entwicklung fähig und tritt bald mehr, bald weniger im einzelnen Falle in den Vordergrund, kommt oft auch gar nicht zu voller Ausbildung; bald wird von frühzeitiger, multipler Carcinombildung berichtet, bald fehlt eine solche ganz und ist nur in den warzenartigen Vorstadien angedeutet. In dem einen Falle handelt es sich um kaum sichtbare, flohstich-ähnliche Telangiectasien, in dem andern um angiomartige Neubildung weiter Blutgefässe. Aus dieser Differenz resultiren auch die divergirenden Anschauungen und Bezeichnungen der einzelnen Autoren. Jedenfalls aber ist für alle Fälle eine eigenartige angeborne Anomalie als Grundbedingung für das Zustandekommen der Krankheit angesehen worden.

Versuchen wir nun über die Art der angeborenen Abnormität eine Vorstellung zu gewinnen, so scheint es zweckmässig, die uns bekannten Einzelthatsachen zusammenzustellen:

1. Unter der Einwirkung von Schädlichkeiten, welche eine gesunde Haut nicht alteriren, entstehen hier oberflächliche circumscripte Hyperämien mit nachfolgender Desquamation, d. h. es besteht eine grössere Irritabilität der Gefässe, vielleicht eine geringere Schutzkraft des epithelialen Deckstratums.

2. Im Anschluss entstehen Pigmentverschiebungen. Das Pigment häuft sich an einzelnen Flecken in grossen melanotischen Massen an. Mikroskopisch findet man, dass dasselbe in den tieferen Epithelschichten sitzt, seltener finden sich solche schwarze Schollen im Corium. In den benachbarten weissen Stellen fehlt das Pigment gänzlich in den Epithelien.

Das Pigment ist durchaus identisch mit demjenigen der melanotischen Neubildungen und ist nicht der gelbbraune, wie

gewöhnlich nach Blutextravasaten zurückgebliebene Blutfarbstoff. Letzterer findet sich hauptsächlich im Bindegewebe, während unser melanotisches Pigment im Epithel abgelagert ist.

3. Dieselben Stellen, welche durch die Anhäufung melanotischen Pigments im Epithel ausgezeichnet sind, zeigen reichlichere, gedrängtere Zapfenbildung des Rete Malpighi, als der Norm entspricht. — Diese vermehrte und vertiefte Zapfenbildung ist als das Anfangsstadium späterer Carcinome anzusehen, wie ja Kaposi bei der mikroskopischen Untersuchung einiger excidirter Knötchen- und Pigmentmäler schon solche Epithelial-Carcinome vorfand. Die kleinen pigmentlosen Stellen sind, was Zahl und Entwicklung der in die Tiefe sich einsenkenden Retezapfen anlangt, nicht wesentlich verändert.

4. In allen Fällen findet sich die Angabe, dass in auffallender Zahl schmutzig-gelbe, warzenähnliche Gebilde an der Haut entwickelt waren, d. h. jene Gebilde, welche durch die mächtige Entwicklung der epithelialen Retezapfen mit nachträglicher Verhornung und durch die active Betheilung der papillaren Blutgefässe zu Stande kommen. — In 11 Beobachtungen waren Carcinome vorhanden und zwar in einem jugendlichen Alter, welches sonst von diesen Neubildungen ganz frei zu sein pflegt.

Zu diesen Erscheinungen, welche auf pathologische Vorgänge im Epithel zu beziehen sind, treten andere hinzu, welche dem Bindegewebe, respective dem Gefässapparat desselben angehören, nämlich: die Entwicklung kleiner telangiectatischer Flecke, und ferner die Atrophie.

Diese Atrophie ist im grossen ganzen eine der senilen Schrumpfung ähnliche Verdünnung der bindegewebigen Theile, namentlich derjenigen, welche sich in den oberen Coriumschichten und im Papillarkörper befinden. Das Unterhautbindegewebe erleidet gewöhnlich keine oder erst später eine Alteration und gestattet lange die normale Beweglichkeit der Haut über ihrer Unterlage. Die Lanugohärchen, wie die Schweissdrüsen bleiben gleichfalls intact. — Die Verdünnung gerade der oberen Hautschichten ist es, welche die excessiv feine Faltelung der Haut (wie bei Favus-Kopfhaut) bei der geringsten Entspannung zur Folge hat.

Mehr betheiligt ist die gleichzeitige Atrophie auch der epithelialen Hautschichten beim Zustandekommen der circumscripten

weissen Partien, wie sie unser Kranke z. B. am Nasenrücken darbietet. Diese Stellen zeigen mikroskopisch absoluten Pigmentmangel und gleichmässigere Grenzlinie zwischen Epithel und Papillarkörper, zugleich mit Verdünnung beider Schichten.

Es zeigt sich also das interessante Factum, dass mit den atrophischen Vorgängen im Epithel ein Pigmentverlust, mit der Epithel-Hyperplasie eine abnorme Pigmentanbildung Hand in Hand geht, woraus jedoch nicht ohne weiteres eine ursächliche Beziehung beider Vorgänge abzuleiten ist, da die Pigmentformation mehr von den Vorgängen im Gefässapparat direct abhängig zu sein scheint. — Was die Telangiectasien betrifft, so sind es meist kleine Ectasien cutaner Capillaren; nur Taylor hat grössere Tumoren gesehen, die Angiomyxome gewesen sein sollen.

Fassen wir nun diese Einzelthatsachen unter einen Gesichtspunkt zusammen, so meine ich, haben wir es mit einer aus dem embryonalen Leben herstammenden Abnormität der die Haut formirenden Bestandtheile zu thun, derart, dass die Wachsthumsintensität der beiden sich im „Grenzkrieg“ gegenüberstehenden Factoren: Epithel und Gefässbindegewebe, von vornherein ungleich vertheilt ist.

Normalerweise ist dieses Verhältniss zwischen Epithel und Gefässbindegewebe folgendes:

I. Das Epithel der Hautdecke (Rete Malpighii) befindet sich permanent im Zustande eines embryonalen Gewebes. Es besitzt physiologisch die Fähigkeit das ganze Leben hindurch sich zu vermehren (eine Fähigkeit, deren Intensität sich durch pathologische Reize noch ungemein steigern kann).

Diese Entwicklungsfähigkeit aber ist abhängig

1. Von dem Grade der Ernährung durch die Gefässe des zugehörigen Bindegewebes.

2. Von dem Grade des Widerstandes, den das benachbarte Bindegewebe dem Eindringen des Epithels entgegensetzt.

3. Von dem Hinzutreten chemischer Vorgänge (Keratose).

II. Das Gefässkeimgewebe besitzt

A. eine active Wachsthumsfähigkeit

1. embryonal a) während der Entwicklung des Körpers;
b) in der Ausbildung embryonaler Keimreste zu Geschwülsten (Fibrome, Sarcome etc.).

2. Durch vermehrte Ernährung: Entzündung, Congestion.

B. eine Resistenz gegen Zellenwucherungsvorgänge, die

1. normal im senilen Alter nachlässt, die
2. pathologisch a) durch embryonalen Defect im jugendlichen Alter nachlassen kann (unsere Krankheit);
   b) durch entzündliche Vorgänge (Granulombildungen etc.) herabgesetzt werden kann.

Bei der uns hier interessirenden Krankheit ist nun wesentlich vorhanden eine frühzeitige (prämature) Atrophisirung des Bindegewebes (II. B. 2.), welches demnach dem sich vermehrenden Epithel keinen Widerstand entgegensetzt und die Bildung von Epithelwucherungen gestattet. — An einzelnen Stellen indess trifft die Atrophisirung (durch ungenügende Ernährung) auch das Epithel und führt zur Bildung der weissen glatten Flecke; an anderen Stellen dagegen ist die Atrophie im bindegewebigen Hauttheile eine auf das Fasergewebe beschränkte und gestattet eine mehr oder weniger extensive Angiombildung. — Die angeborne Anlage der Haut macht sich erst geltend nach dem Hinzutreten äusserer Irritamente.

Ob man embryonale Entwicklungsabnormitäten auch für das Epithel, insbesondere für die Carcinomentwicklung direct annehmen soll (embryonale Gewebskeime Cohnheim's) oder dieselben auf die mangelnde Resistenz des Bindegewebes (nach Thiersch) allein zu beziehen hat, lässt sich nicht entscheiden; jedenfalls aber illustrirt die uns beschäftigende Krankheit die Bedeutung des embryonalen, congenitalen Moments für das Zustandekommen der epithelialen Geschwulstbildung.

Ueber die Beziehungen der Melanose zur Epithelwucherung lässt sich vor der Hand nur feststellen, dass beide Vorgänge zusammen sich vorfinden; eine nähere — vielleicht im Verhältniss von Ursache und Wirkung stehende Verknüpfung könnte höchstens aus der Analogie mit der allgemeinen Beobachtung gefolgert werden, dass stets die melanotischen Tumoren die am rapidesten wachsenden sind. Denkbar wäre es immerhin, dass jene „metabolische" Kraft der Zelle, welche aus dem gewöhnlichen Blutfarbstoff den melanotischen macht, Beziehungen hätte

zu einer gesteigerten Wachsthums- und Vermehrungsfähigkeit der Epithelien. Man könnte auch fast von einer malignen Leucopathie sprechen, derart, dass die Wanderung des Pigments in den hyperpigmentirten Bezirken die Epitheliombildung hervorruft.

Was das Verhältniss zwischen Melanose und Teleangiectasien anlangt, so erscheint mir von vornherein sehr beachtenswerth, dass die Herkunft des melanotischen Pigments aus Blutfarbstoff in den letzten Jahren höchst wahrscheinlich gemacht worden ist. — Gussenbauer[1]) besonders hatte diese Ansicht betont. Seiner Ansicht nach beginnt der Process der Melaninbildung mit einer Anschoppung der Blutgefässe, aus denen der Farbstoff gelöst in die Zellen gelange, in welch letzteren erst derselbe in Körnchen niedergeschlagen werde. Durch den von Kunkel[2]) erbrachten Nachweis, dass dieses Melanin Eisen enthalte, erscheint mir trotz der gegentheiligen Ansicht von Perls und Ziegler die Gussenbauer-Langhans'sche Ansicht wesentlich gestützt. — In Bezug auf die uns vorliegende Krankheit hat Geber in seinem Falle besonders darauf hingewiesen, dass an der Grenze der saturirten Pigmentflecke ectatische Gefässe mit Verzweigungen sich vorfanden. An den pigmentlosen Streifchen erschienen sie nur als zarte Streifchen oder punktförmige Fleckchen angedeutet. — Auch in der Vertheilung der erkrankten Partien erwähnt er, dass mit dem Spärlicherwerden der Pigmentflecke das Schwinden ectaticher Gefässe gleichen Schritt hielt. — Nach dem mikrokospischen Befund scheint in den Geber'schen Fällen (Kaposi's 3. und 4.) abweichend von unserem mit Epithelhyperplasie einhergehenden Fall eine sarcomatöse Neubildung vorgelegen zu haben. Doch zeigt sich in demselben klar der Zusammenhang der Gefässectasie mit der Pigmentirung, derart, dass mit einer besonderen Reichhaltigkeit umfangreicher Gefässe jedesmal eine dichte Anhäufung massenhafter runder und spindeliger pigmentirter Zellen einherging, während im Gegensatz hierzu die Gefässarmuth mit einer verminderten Proliferation und mit Pigmentmangel in den Zellen (auch in den Retezellen) ganz genau Schritt hielt. Im Corium fanden sich an den am meisten atro-

[1]) Gussenbauer, Ueber die Pigmentbildung in melanot. Sarcomen etc. Virch. Arch. Bd. 63, p. 322.

[2]) Kunkel, Physik.-med. Ges. Würzburg. 1881. 5.

phischen Stellen zu soliden Strängen umgewandelte Gefässe vor. Granulations- und Bindegewebszellen waren nur ausnahmsweise wohl erhalten, das Bindegewebe selbst war grobmaschig und hatte sehr häufig seine Faserung eingebüsst. — Ebenso betrachtet Taylor Hyperämie mit Dilatation der Capillaren und mit nachträglicher Bildung von Telangiectasien als erstes Stadium der Erkrankung. In einem zweiten gehen diese Neubildungen atrophisch zu Grunde und lassen die dunklen Flecke zurück, während das dritte Stadium in einer continuirlichen Neubildung von Blutgefässen an diesen schon atrophischen Stellen und in der sich anschliessenden Atrophie der Haut selbst besteht. — Duhring meint dagegen, dass erst Pigmentirungen sich einstellen, dann Telangiectasien, die später durch atrophische Flecke ersetzt werden.

Welche dieser Anschauungen die richtige ist, wird sich erst durch eine sorgfältige Beobachtung eines sich entwickelnden Falles aufklären lassen, weshalb ich speciell noch einmal auf die für diese Krankheit charakteristischen Sonnenbrand-ähnlichen Anfangsstadien hinweisen möchte.

Was die Nomenclatur anbetrifft, so habe ich nur der Bequemlichkeit für den Leser halber die Kaposi'sche Bezeichnung in der Titelüberschrift gewählt. Der Name: Xeroderma würde passend sein für eine Hauterkrankung, deren Wesen oder Hauptcharakteristikum wirklich in excessiver Trockenheit bestände. Dies ist nicht immer zutreffend. Passender erscheint mir die Auspitz'sche[1]) Bezeichnung: Liodermia (Hautverdünnung) und zwar mit dem Zusatze: cum Melanosi et Telangiectasia, als Gegensatz zu der Liodermia ohne diese Complicationen. — Die Taylor'sche Benennung: Angioma pigmentosum et atrophicum ist nicht unrichtig, bezieht sich aber zu sehr auf einen speciellen Fall und hebt im Hauptwort nicht das Wesentlichste der Krankheit hervor. Auch das Beiwort „pigmentosum" glaubte ich besser durch „cum Melanosi" zu ersetzen, um den Unterschied des melanotischen Pigments gegenüber den Blutextravasat-Resten (wie z. B. bei Urticaria pigmentosa) hervorzuheben.

[1]) System der Hautkrankheiten pag. 163.

# Die Lehre von den venerischen Contagien im achtzehnten Jahrhunderte.

Eine historische Studie

von

**J. K. Proksch,**

prakt. Arzt in Wien.

---

Unter den vielen und mannigfaltigen, belehrenden und anregenden Punkten aus der Geschichte der venerischen Krankheiten ist kein einziger bei den Syphilographen der gegenwärtigen Zeit so allgemein beliebt, als der über die Lehren von den venerischen Contagien. Man würde einige Mühe haben, irgend eine von den umfänglicheren Abhandlungen, Hand- und Lehrbüchern, Compendien u. dgl. über die gesammten venerischen Erkrankungen aufzufinden, in welcher die erwähnte Frage nicht mehr oder minder lang erörtert wird; selbst wenn auch sonst gar keines historischen Themas mit einem einzigen Worte Erwähnung geschieht; ja wir finden die Contagienlehre sogar an solchen Orten lang und breit beschrieben, wo wir sie gerade so wenig vermuthen und aufsuchen würden, wie jede andere Discussion über einen ganz abseits liegenden Gegenstand [1]).

Bekundet ein Fachschriftsteller schon dadurch die ungenügende Kenntniss der einschlägigen Literatur und seine mangelhafte historische Ausbildung, wenn er, wie es in unseren Tagen so häufig geschieht, in seinem Werke nur ein, oder einige wenige Capitel historisch bearbeitet, alle übrigen aber unberührt lässt —, so entkleidet er sich doch gänzlich jedes Ansehens eines gelehrten Forschers, wenn auch noch dieses eine Capitel grundfalsch darge-

---

[1]) Vergl. z. B. Neumann, Lehrbuch d. Hautkrankheiten. 5. vermehrte Aufl. Wien 1880. 8°. p. 473—530 ff.

stellt, oder irgend einem andern Autor auf „gut Glück“ nachgeschrieben wird.

Man kann über den Werth der Geschichte als Lehrmeisterin der Menschheit was immer für einer Meinung sein und speciell den Nutzen der Geschichte der Medicin mit einigen sonst achtenswerthen medicinischen Schriftstellern (welche übrigens, nur so nebenbei bemerkt, niemals die kleinste Probe von historischen Kenntnissen abgelegt haben) sogar bezweifeln —, aber darüber kann doch keine Meinungsverschiedenheit bestehen, ob, wenn schon überhaupt Geschichte vorgetragen wird, dieses genau und gewissenhaft oder blos oberflächlich und unrichtig geschehen soll?

Da nun aber das bisher sorgfältig gepflegte Interesse an der Geschichte der Contagienlehre, aller Voraussicht nach, auch ferner nicht erlahmen wird, eine verlässliche und quellenmässige Erörterung des Gegenstandes für die Zeitdauer des vorigen Jahrhunderts meines Wissens nicht vorhanden ist, mehrere der hiezu nothwendigen Schriften auch schon von ausserordentlicher Seltenheit, einige gar nicht mehr auffindbar sind, und man über diese letzteren nur durch mühsames Studium der Zeitgenossen Aufschluss erhalten kann, so glaube ich sowohl der Geschichte als Wissenschaft, als auch denjenigen Compilatoren, welche die Geschichte nur zum — sagen wir — Aufputz benützen, dienlich zu sein, wenn ich in dem Nachstehenden mehrere, fast hundert Jahre alte, tausendmal abgeschriebene Irrthümer zu widerlegen suche.

Das Thema wurde bereits im Jahre 1790 von J. C. Tode[1]) verhandelt, und schon dieser bedeutende Arzt und Herausgeber einer medicinischen Zeitschrift hatte die unentbehrlichen, damals noch sehr jungen Quellen nicht vor sich liegen. Es ist dies um so sonderbarer, als doch Tode so sehr wie keiner seiner Zeitgenossen an dem damaligen Prioritätsstreite über die Einheit oder Mehrheit der venerischen Contagien betheiligt war. Bald darauf schrieb J. H. G. Schlegel[2]) die erste Monographie über die Geschichte der

[1]) Erleichterte Kenntniss und Heilung des Trippers. 3. Ausgabe. Kopenhagen u. Leipzig 1790. 8°. p. 273—451.

[2]) Dissertatio inaug. med. sistens historiam litis de identitate miasmatis venerei ac gonorrhoicei. Jenae 1795. 4°. p. 35. Deutsch: Versuch einer Geschichte des Streites über die Identität des Venus- und Trippergiftes. Jena 1796. 8°. p. 146.

Contagienlehre; auch bei ihm vermissen wir die unerlässlichen Belege und sogar die hinreichenden Literaturkenntnisse. Die späteren Bearbeiter: Oesterlen[1]), Naumann[2]), Schneemann[3]), Chabalier[4]), Auspitz[5]) und ein Ungenannter[6]) konnten sich die nun überaus selten gewordenen Quellen jedenfalls noch weniger beschaffen und beschränkten sich daher bei der Besprechung des in Verhandlung stehenden Zeitraumes theils auf die mehr verbreiteten, noch heute leicht zugänglichen Werke von Tode, Hunter, Bell und einige andere, theils auf die vorhandenen unrichtigen oder ungenauen Ueberlieferungen; zumeist aber auf beide. Auch F. A. Simon[7]), welchem die Bearbeitung der Geschichte der venerischen Krankheiten fast ausschliessliche Lebensaufgabe war, zeigt hierin viele Fehler und Lücken. Ehe ich die literarischen Belege über den erwähnten Zeitraum und Gegenstand chronologisch vorbringe, um aus denselben die Schlüsse für die Geschichte ableiten zu können, wird es, um das Verständniss dieser Belege zu erleichtern, nothwendig sein, Einiges über die Anschauungen zu sagen, welche im Allgemeinen vor dem Beginne des achtzehnten Jahrhunderts über die Arten der venerischen Contagien unter den hervorragendsten Aerzten herrschten.

Der Tripper, welcher, wie ja schon längst und sattsam von den vorzüglichsten Historikern erwiesen worden ist, zu allen Zeiten beschrieben wurde, mithin in ununterbrochener Folge die

---

[1]) Historisch-kritische Darstellung des Streites über die Einheit oder Mehrheit der venerischen Contagien. Stuttgart u. Augsburg 1836. 8°. pp. XII. 343.

[2]) Zur Pathogenie und Geschichte des Trippers. In: Schmidt's Jahrb. Leipzig 1837. XIII. p. 94—105.

[3]) Tractatus de contagiorum venereorum differentia. Monachii 1839. 8°. p. 80.

[4]) Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes. Thèse. Paris 1860. 4°. p. 116.

[5]) Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung. Wien 1866. 8°. pp. X. 384.

[6]) Von den venerischen Contagien. Eine historisch-kritische Skizze. In: Der praktische Arzt. Wetzlar 1874. XV. pp. 1, 25, 57, 129, 153, 177, 201, 225, 249, 273; 1875, XVI. pp. 25, 81, 129, 177.

[7]) Versuch einer kritischen Geschichte ... der örtlichen Lustübel.... Hamburg 1830—1846. III. 8°. pp. XVIII. 253; XVI. 543; X. 364.

geschlechtlichen Ausschweifungen aller Culturvölker begleitet hat, wird von den zahlreichen Syphilidographen aus dem Ende des fünfzehnten und dem Anfange des sechszehnten Jahrhunderts nicht unter den Erscheinungen der Lustseuche, welche damals in überaus heftiger und epidemischer Art auftrat, mitgenannt; — nur Benedetti [1]), Beroaldus [2]) und Cataneus [3]) erwähnen die Gonorrhöe überhaupt, jedoch aber auch nur nebenher, ohne sie mit der Lues in irgend welchen Zusammenhang zu bringen. Die ältesten Syphilidographen waren also jedenfalls von der Verschiedenheit des Syphilis- und Trippergiftes, oder, falls man dies nicht gelten lassen wollte, von der Nichtzusammengehörigkeit beider Krankheiten überzeugt, sie waren demnach die ersten Differentisten. Als der erste Identist kann Jacques de Bethencourt [4]) angenommen werden, denn er erzählte zuerst einen Fall von Gonorrhöe, welchen er ganz deutlich mit der Syphilis in unmittelbaren Zusammenhang bringt; jedoch war es erst Paracelsus [5]), welcher mit ganz bestimmten Worten verlangte: man habe auch die Gonorrhöe, welche er nun Gonorrhoea francigena nannte, unter die „Frantzosen“ zu zählen — „denn ich lass euchs (die Gonorrhöe) nicht mit einem Besen hinweg kehren (aus der Pathologie der Syphilis), wie jhrs im Sinn haben“ — ruft er seinen Zeitgenossen zu. — Diese beiden Schriftsteller änderten indessen durch ihre Anschauungen an der früher bestandenen Sachlage vorläufig noch nicht das Mindeste; die Syphilidographen übergingen die Gonorrhöe nach wie vor mit Stillschweigen noch über weitere zwei Decennien, und erst Brassavolus [6]) erwähnte sie wieder in der Symptomatologie der Lues. Bald folgte diesem auch der grosse

[1]) S. Hensler, Geschichte der Lustseuche. Altona 1783. 8. Excerpta p. 82—93.

[2]) Ebenda p. 103.

[3]) Tractatus de morbo Gallico. Aphrodisiacus von Luisinus (Leyden 1728) p. 139—168.

[4]) Nova poenitentialis quadragesima, nec non purgatorium in morbum Gallicum sive Venereum. Parisiis 1527. 8°. — Alfred Fournier gab Paris 1871. 8°. p. 99 in Uebersetzung einen Auszug dieser Schrift; es fehlt da dieser Fall, welchen Astruc (De morbis venereis. Parisiis 1740. 4°.) II. p. 640 erwähnt.

[5]) Chirurgische Bücher u. Schriften. Strassburg 1618. Fol. p. 285—286.

[6]) De morbo Gallico tractatus. In Luisinus p. 657—706.

Falloppia[1]), dann Tomitanus[2]), Petronius[3]) u. A., während einige Schriftsteller über Syphilis auch in dieser Zeit den Tripper nicht beschrieben haben; unter diesen wäre Nicolaus Massa[4]) besonders erwähnenswerth.

Es zählten aber die vorgenannten Identisten die Gonorrhöe nicht ausnahmslos der Lues bei, denn sie hatten neben ihren fehlerhaften Beobachtungen doch auch bemerkt, dass in einer sehr langen Reihe von Fällen der Gonorrhöe keine allgemeinen Erscheinungen der Seuche folgten und sie unterschieden deshalb zwischen einer „Gonorrhoea gallica" und „non gallica". Allmälich wurden diese Anschauungen allgemein; man gab zwar den verschiedenen Gattungen der Gonorrhöe allerlei Namen, suchte ihre Entstehungsarten, ihren anatomischen Sitz, die Menge und Beschaffenheit des Ausflusses, ihre Folgekrankheiten auf die mannigfachste Weise zu erklären, discutirte auch sehr emsig ihre Geschichte; jedoch läugnete durch das ganze siebenzehnte und die erste Hälfte des achtzehnten Jahrhunderts kein einziger angesehener und schulrechter Schriftsteller die Identität des Tripper- und Lustseuchecontagiums; d. i. man gab zu, dass einem jeden durch geschlechtlichen Umgang erworbenen Tripper Syphilis folgen könne. Es war dies also nur eine durch gewisse, jedoch nicht näher bestimmte Umstände bedingte Identität.

Diese Anschauungen erfuhren selbst dann nicht die geringste Umwandlung (so fest haftet eben ein allgemein gewordener Irrthum!) als bereits Terraneus[5]), Cockburn und Morgagni[6]) den Tripper mit aller Bestimmtheit und auf hinreichende pathologisch-anatomische Befunde gestützt, als eine Entzündung der Schleimhaut der Harnröhre demonstrirten und den davon herrührenden Symptomencomplex mit sammt den Folgekrankheiten in lichtvoller Weise aufklärten; ja, die oben genannten Forscher selbst sagen noch nicht ein Wort über die Verschiedenheit des

[1]) De morbo Gallico liber. Patavii 1564. 4°. 87 Blätter.

[2]) De morbo Gallico libri duo. Im Luisinus p. 1015—1106.

[3]) De morbo Gallico libri septem. Ebenda p. 1167—1366.

[4]) De morbo Gallico. III. editio. Venetiis 1563. 4°. 73 Blätter.

[5]) De glandulis universim, et speciatim ad urethram virilem novis. Lugduni Batavorum 1729. 8°. p. 116 u. 2 Taf.

[6]) Adversaria anatomica omnia. Venetiis 1762. Fol. p. 244 u. 11 Taf.

Tripper- und Syphiliscontagiums, so klar ihnen auch die völlige Unähnlichkeit beider Krankheitsbilder war.

Was die zahlreichen, sich immer vermehrenden Untersuchungen und die bis ins Kleinste gehenden Discussionen jener Zeit in dieser für die Wissenschaft und die Menschheit so hochwichtigen Frage zunächst an den Tag förderten, waren blosse Zweifel über die Einheit des venerischen Contagiums und eine vollständigere Isolirung dieser zwei Krankheitsgruppen.

Wir müssen diese Zweifler hier nicht nur darum näher kennen lernen, weil sie gleichsam als Vorposten gegen den fast zweihundert Jahre alten Irrthum Erwähnung und unsere Anerkennung verdienen, sondern auch weil einigen von ihnen seit jeher Entdeckungen zugeschrieben werden, auf welche nicht sie, wohl aber spätere Schriftsteller rechtmässigen Anspruch haben.

Dass William Cockburn[1]) nicht, wie Eisenmann[2]) angab, der Erste war, welcher „die syphilitische Natur des Trippers läugnete", hat schon Oesterlen verneint, aber nicht genügend widerlegt, und daher mag es wohl gekommen sein, dass derselbe Fehler in einigen späteren Abhandlungen stehen geblieben ist. Cockburn sagt allerdings, nachdem er die pathognomonischen Erscheinungen des Trippers beschrieben hat: „Tho' this Description (der Gonorrhoe) is very plain, and simple; and that no Symptom of the Pox can properly be ranked among those we have now given"; ja, Cockburn geht eigentlich noch viel weiter: er sucht in seinem ganzen Buche den Nachweis zu führen, dass die Gonorrhöe mit sammt ihren Folgekrankheiten nur topische Affectionen, und darum schon von der Syphilis, als einer constitutionellen Erkrankung, grundverschieden seien; aber zur Erkenntniss der wesentlichen Verschiedenheit der Contagien beider Krankeitsformen gelangte er noch immer nicht. Wie verworren es bei ihm über diesen Gegenstand aussah, zeigt er ausser vielen Stellen besonders p. 192; dort beginnt das Capitel über die Behandlung des Schankers: „Tho' Chancres appear in this place among the Symptoms of a Gonorrhoea,

---

[1]) The symptoms, nature, cause, and cure of a gonorrhoea. IId edit. London 1715. 8°. p. 224.

[2]) Der Tripper in allen seinen Formen und in allen seinen Folgen. Erlangen 1830. 8°. II. pp. XII. 348; VIII. 400.

yet it has already been shewn that all of them are not so; some being as much Originals in the Venereal Disease as the Gonorrhoea it self, others are the Consequence of an unhappy Cure, or are Symptoms of the Pox; and the third sort are, in great strictness and propriety of speaking, real Symptoms of a Gonorrhoea".

Pierre Fabre[1]) kommt der Wirklichkeit ebenfalls nicht um einen Schritt näher; auch er sagt oft und deutlich genug, dass Tripper, Schanker und Bubonen einerlei Virus hätten; nur die Unterschiede in der Symptomatologie und Therapie dieser Krankheitsformen hebt er in folgenden historisch immerhin interessanten Stellen hervor: Il n'est pas possible d'expliquer toutes les causes de ces variations; mais l'expérience m'a découvert la principale et la plus générale de ces causes, à laquelle les Auteurs, qui ont écrit sur les maladies vénériennes, n'ont point fait d'attention.

On observe, en général, que le virus, qui a produit des chancres, fait des progrès plus considérables et plus prompts; et que dans ce cas les symptômes de la maladie sont plus caractérisés, que lorsque la vérole est la suite d'une gonorrhée. En effet, lorsqu' une personne a des chancres, il est assez ordinaire qu'il lui survienne presqu'en même temps un ou deux bubons: et dans cet état, en supposant qu'on n'arrête point les progrès du mal, il paroît bientôt des pustules et des ulcères sur la peau; les cheveux tombent; ensuite la maladie attaque les parties de la bouche et du nez; il y survient des inflammations, des tumeurs, des ulcères et des caries; les douleurs vives dans les membres et l'insomnie se mettent de la partie; et enfin il survient différentes maladies des os, comme exostoses, ankyloses, carie, etc.

Or l'on n'observe point ordinairement que dans la vérole, qui est la suite d'une gonorrhée, le virus produise des effets si prompts et si marqués. Quelquefois ces effets se réduisent à entretenir pendant plusieurs années, dans le canal de l'urèthre, un ulcère qui devient calleux, fistuleux; d'autres fois le virus rend insensiblement, et dans l'espace de plusieurs années, la glande prostate dure et squirrheuse; souvent il reste pendant tres-long-temps caché et comme assoupi, sans déranger l'économie animale;

---

[1]) Traité des maladies vénériennes. Nouvelle édition. Paris 1768. 8°. II. pp. XIX. 400; VIII. 422. — Zuerst: 1758.

ensuite ses effets se manifestent par des symptômes qui ont à peine le caractere vénérien. Tantôt c'est par des dartres opiniâtres, tantôt c'est par des douleurs dans les parties aponevrotiques et dans les articulations, qui ressemblent à celles du rhumatisme et de la goutte; ou bien ce sera par une ophthalmie opiniâtre, par le gonflement squirrheux des glandes conglobées, par des vertiges, par la fièvre quarte, par différentes maladies de la poitrine et du bas ventre, par l'atrophie de quelque partie, et par une infinité d'autres symptômes qu'on pourroit attribuer à toute autre cause, si le concours de plusieurs circonstances ne décidoit pas qu'ils dépendent du virus vénérien".

Francis Balfour[1]) gilt seit Girtanner[2]) fast allgemein als er Erste, welcher erkannt haben soll, dass „der Tripper und die Lustseuche zwei ganz verschiedene Krankheiten seien" — und gewiss ist es, dass er den Gegenstand zuerst an seiner Wurzel berührte, — aber auch nur berührte! Ueber die Verschiedenheit beider Krankheitsformen in Bezug auf ihre Symptomatologie kann wohl niemals bei den Praktikern ein Zweifel bestanden haben; nur wurde sie vor Cockburn und Fabre nicht so ausdrücklich hervorgehoben und auch von diesen Aerzten noch nicht bis auf die Quelle, das Contagium, zurückgeführt; dies that, so viel auch ich hier ermitteln konnte, zuerst Balfour; jedoch gab er hierüber nicht mehr, als eine nur so nebenher geäusserte Vermuthung, welche sich auf einige Citate aus älteren Autoren stützt; sie lautet: „Nonne potius suspicandum est, longe diversam esse materiam, quae luem parit, ab ea, ex qua gonorrhoea efficitur? Nec temere in eam sententiam abiisse is mihi videbitur, qui secum reputauerit, neminem, gonorrhoea tantummodo laborantem, confirmatam luem propagare posse; (Boerhaave). Gonorrhoeam non a Mercurio tolli et rarissime in luem commutari (Astruc); luem contra non in gonorrhoeam verti (Idem) et denique gonorrhoeam nonnisi XXX vel XL annos post luem in Europa fuisse observatam (Idem) et nuperrime tantum apud Sinenses. (Idem)". Für die Probe-

[1]) Dissertatio de gonorrhoea virulenta. Edinburgi 1767. 4°. — Die betreffende Originalstelle habe ich Tode entlehnt.

[2]) Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1788—1789. 8°. III. pp. XVI. 459; XL. 933.

schrift eines jungen Arztes ist dies allerdings sehr viel; doch ist eine Vermuthung keine Lehre!

Charles Hales[1]), ein englischer Wundarzt und „Geheimnisskrämer" wie ihn Girtanner nennt, hat sich zuerst entschieden und unumwunden über die Differenz des Tripper- und Syphilis-Contagiums ausgesprochen; es erhellt dies aus der gleich anzuführenden Schrift des Ellis, denn die Schrift des Hales konnte ich leider trotz jahrelangem Suchen noch nicht auftreiben.

William Ellis[2]), Apotheker in London, nennt sich der Verfasser eines überaus wichtigen und belehrenden Schriftchens, welches in jeder Beziehung dem ersten Arzte seiner Zeit zur höchsten Zierde gereicht haben würde. Bedenken wir den geringen Bildungsgrad, welchen die Apotheker in England seit jeher und auch gegenwärtig noch besitzen, so können wir uns die ausserordentlich grossen Fortschritte und die Fülle neuentdeckter Thatsachen, welche in diesem Schriftchen niedergelegt sind, platterdings nicht erklären. Wohl wissen wir, dass die Apotheker aller Zeiten und Völker Curpfuscherei betrieben haben und auch heute noch betreiben; dass die Apotheker stets auch von einer nicht unbedeutenden Anzahl venerisch Erkrankter aufgesucht wurden und werden; wir wissen aber auch, dass eine derartige „ambulatorische Behandlung" niemals Gelegenheit zu solchen Entdeckungen geboten hat, wie wir sie bei Ellis vorfinden. Da er über seine Stellung und die Art und Weise, wie er zu den gemachten Beobachtungen gekommen ist, in seinem einzigen Schriftchen keinerlei Aufschluss gibt, derselbe auch in keinem Geschichtswerke der Medicin, der venenerischen Krankheiten und auch nicht in der Geschichte der Apotheker zu erlangen ist, die Aerzte unter den Vorfahren und Zeitgenossen Ellis', vor und auch noch lange Zeit darnach, selbst nicht im entferntesten Aehnliches über die Pathologie und Therapie der Gonorrhöe und deren Verhältniss zur Syphilis zu sagen wissen, — so stehen wir allerdings vor einem ganz absonderlichen

---

[1]) A letter addressed to Cesar Hawkins Esq. Serjeant Surgeon to His Majesty, containing new thoughts and observations on the cure of the venereal disease, the result of experience in long and extensive practice. London 1770. 8°.

[2]) An essay on the cure of the venereal gonorrhoea, in a new method. With some observations on gleets. London 1771. 8°. p. 35.

Vorfall, dessen ungezwungene Deutung mir trotz langen Bemühungen nicht gelingen will. Denn wenn wir auch annehmen wollten: Ellis sei eben durch besonders günstige, ausnahmsweise Verhältnisse in die Lage versetzt worden, die betreffenden Beobachtungen — wie er überdies ausdrücklich angibt — selbst gemacht zu haben; so gefiele uns diese Erklärung gerade so wenig, als die Lösung des Knotens in einem Romane durch einen Haupttreffer aus der Lotterie oder einen Goldonkel aus Amerika. Ob Ellis seine Erfahrungen etwa bei Hales gemacht habe, müsste die Abhandlung des letzteren ausweisen; doch ist auch dies unwahrscheinlich, weil Ellis sich, wie wir gleich sehen werden, vornahm, über die angestellten Inoculationsversuche selbst zu berichten. Er sagt: An opinion, which I hawe adopted for some years, induced me to practise in the following mode; and daily experience, with success, has convinced me of the utility and truth of my hypothesis. Mr. Hales, in his letter to Caesar Hawkins, seems to have imbibed the same notion; and his remarks and observations have not a little served to corroborate that opinion, that the Virus of the Pox, and that of Gonorrhoea are of a very different nature, as it is well known that no Pox in the slightest degree was ever cured without Mercury: yet i can produce great numbers who have had the most virulent Gonorrhoeas cured without one grain, neither internally or externally; and to ascertain the truth of what is advanced, we must judge from the effects we find by experience, and draw our conclusion from thence, when we cannot so clearly illustrate it by ocular demonstration.

It seems most probable, that there is something in the venereal particles of matter, in a Gonorrhoea, which is very different in its nature and figure from that of the Pox, being neither so easily absorbed by the lacteals, or, if taken up, of no kind of consequence. It is also very evident, part of it lies in the urethra like an heterogenous body, irritating and inflaming, without forming any ulcer, but producing a large quantity of purulent matter, something very similar to that which appears with an inflammation of the eye. The virus of the Gonorrhoea if exposed to any part denudated of its skin, will not form a Chancre, but will heal with a little stiptic wash, and any soft dressing, as I have observed in several cases, and shall remark in some here-

after; whilst common practice had as clearly convinced us, that the minutest excoriation, touched with the pocky Virus, will immediately form a chancre, which will not give way to any thing but mercury; and it is a demonstrable truth, that they are very distinct in their nature, and require as different treatment in their cure". — Weiter kommt in derselben Schrift über unseren Gegenstand nichts mehr vor und eine zweite Schrift desselben Autors konnte ich weder in den Wiener Bibliotheken, noch in den massenhaften Bibliographien und Antiquarkatologen, welche mir schon seit mehr als zehn Jahren aus allen Ländern Europa's und theilweise auch Amerika's zukommen, auffinden.

Thomas Bayford[1]), Wundarzt in London, ist nicht deshalb bemerkenswerth, weil er, wie meine Vorarbeiter sagen, gegen Hales und Ellis die Identität des Tripper- und Luescontagiums behauptete, sondern seiner darüber angestellten Untersuchungen wegen; dieselben zeigen wenigstens wie zeitlich und nach wie viel Richtungen man der Wahrheit auf die Spur zu kommen trachtete. Bayford erzählt: „Der Verfasser (Ellis) hält es für wahrscheinlich. dass in den venerischen Theilen der Trippermaterie etwas befindlich sei, das seiner Gestalt und Natur nach von dem Gifte der Seuche sehr verschieden ist, und das sich weder durch absorbirende Mittel so leichtlich vertreiben lässt, noch auch, wenn es vergeht, gute Folgen verursacht. Hierauf getraue ich mir zu antworten, dass sich zwischen beiden Giften nicht der geringste Unterschied entdecken lasse, wenigstens nicht durch ein Vergrösserungsglas. Sobald diese Meinung an das Licht trat, war ich begierig mir wegen dieses Umstandes Gewissheit zu verschaffen, und betrachtete ich zu dem Ende durch Hilfe eines Vergrösserungsglases, sowohl die Materie der venerischen Geschwüre, als auch den Ausfluss aus der Harnröhre auf das genaueste. Beide sahen einander auf das genaueste ähnlich. Die Theilchen (Eiterkörperchen) sind von sphärischer Gestalt und accurat so wie wir sie in dem gewöhnlichen Eiter erblicken. In ihrer Gestalt habe ich niemals eine Abweichung gesehen, wohl aber manchmal in ihrer

[1]) The effects of injections into the urethra, and the use and abuse, of these remedies in the cure and prevention of the virulent gonorrhoea. London 1773. 8°. p. 100. — Deutsch: Altenburg 1777. 8°. p. 118.

Grösse; welches aber, wie ich vermuthe, blos von der Beschaffenheit des Eiters zur Zeit der Beobachtung herrühren mag. Ich betrachtete diese Theilchen, nachdem sie mit blossem destillirten Wasser verdünnt waren, und konnte sie recht gut erkennen. In diesem Wasser behielten sie ihre Gestalt besser bei, und verschafften mir einen ungleich deutlicheren Anblick, als in allen anderen Flüssigkeiten, in denen ich sie probirt habe". Weiter zählt er die Experimente mit diesen Flüssigkeiten und die gewonnenen Resultate auf.

Alle diese Aussprüche und Untersuchungen der vorgeführten Autoren wurden von den Zeitgenossen nur sehr wenig oder gar nicht beachtet; man kramte damit erst aus, als nach einer Reihe von Jahren Prioritätsstreitigkeiten über diesen Gegenstand ausgebrochen waren; den Anlass zu jenen gab:

Johann Clemens Tode[1]), Professor, Hofmedicus etc. in Kopenhagen. Derselbe war durch die oben citirte Stelle aus Fabre veranlasst worden, sich folgendermassen zu äussern: „Ob nach einem blossen Tripper jemals eine vollkommene Venusseuche erfolgen könne, das ist eine andere Frage. Ich glaube, nein, so lange in dem Tripper kein Schanker oder Geschwür stattfindet, als durch welche das Trippergift, wo nicht verändert, doch gewisser und leichter in das Geblüt geschickt wird". Also auch Tode war sich zuerst seiner Sache noch nicht gehörig bewusst, er hatte, um mit seinen eigenen Worten zu sprechen, für seine Lehre, die er „nachher so laut und nachdrücklich vortrug, anfangs nur Zweifel, einen blossen Keim, dessen Wuchs und Reife die Wirkung zunehmender

[1]) Vom Tripper in Ansehung seiner Natur und Geschichte. Kopenhagen 1774. 8°. p. 220.

Nöthige Erinnerungen für Aerzte und Kranke, die den Tripper heilen wollen. Kopenhagen 1777. 8°. p. 224.

Erleichterte Kenntniss und Heilung des gemeinen Trippers. Ein theils ganz umgearbeitetes, theils neues Werk in zween Theilen. Kopenhagen und Leipzig 1780. 8°. p. 338.

Erleichterte Kenntniss und Heilung des Trippers. Dritte, stark vermehrte und durchaus verbesserte Ausgabe. Kopenhagen u. Leipzig 1790. 8°. p. 468. — Ausser diesen findet sich Einschlägiges noch in der von ihm herausgegebenen „Med.-chir. Bibliothek" II. p. 202; V. p. 433; VI. p. 232 und an anderen Orten.

Ueberlegung und Beobachtung gewesen". Es ist unmöglich die Begründung der Lehre Tode's, welche mehrere Bände füllt, hier im Kurzen oder auszugsweise wieder zu geben; es lässt sich hier nur sagen, dass er auf reiche Erfahrungen und scharfe Sinne gestützt die Literatur- und Naturgeschichte des Trippers und dessen Consecutivzufälle Schritt für Schritt verfolgt und die völlige Verschiedenheit dieser Erkrankungen von den Erscheinungen der Syphilis in Wesen und Erscheinung in klarer, ausführlicher, schlagender, mit bitteren Sarkasmen gegen seine Widersacher durchwobener Weise darstellt. Tode ist unbestreitbar der Erste, bei welchem der Gegenstand innigste, festeste Ueberzeugung gewonnen hatte und in Fleisch und Blut übergangen war; bei welchem wir eine bis ins kleinste Detail gehende Zergliederung, regen, durch drei Decennien anhaltenden Eifer vorfinden. Das Experiment verschmähte er und begründete dies folgend: „Ich habe zwar Gelegenheit genug, mit Einspritzungen und Kerzchen Versuche anzustellen: die Gefangenen im Zuchthause würden gegen eine sehr mässige Assurance alle Gefahr von dieser Art übernehmen; allein, der verworfenste Züchtling ist doch ein Mensch; und einen Menschen eines Versuchs, und eines unnöthigen Versuchs halber in den Fall zu setzen, die abscheulichste aller Seuchen zu bekommen, wäre unverantwortlich. Man liest, dass diese Versuche wirklich angestellt worden, und dass das Resultat davon diesen meinen Satz über einen Haufen werfen sollen. Aber man wird mir gütigst erlauben, dass ich auf ein Paar Versuche noch ganz und gar nicht baue". Leider konnte Tode nicht mehr den Sieg seiner Bestrebungen erleben; die Unbilden, welche er ihrerwegen erdulden musste, sind ganz ohne Beispiel in der zu keiner Zeit von sehr hässlichen, persönlichen Invectiven freien Literatur und Geschichte der venerischen Krankheiten. Der Geschichtsforscher darf diese anwidernden Rohheiten um so eher mit Stillschweigen übergehen, als er seinen Lesern den Ekel, welchen er selbst darüber empfand, erspart und er auch den betreffenden Individuen nicht kräftiger fluchen kann, als jener Sängergreis: „Versunken und vergessen".

Andrew Duncan[1]), Fellow of the Royal College of Physi-

[1]) Medical cases, selected from the records of the public Dispensary at Edinburgh. Edinburgh 1778. 8°. p. 278. — Deutsch bei Tode dritte Ausgabe p. 307—324 das Einschlägige.

cians. Edinburgh, erklärte sich, wie zuverlässig ermittelt wurde, später als Tode für die Differenz der venerischen Contagien. Von seinen, meist theoretischen Gründen, scheinen mir folgende bemerkenswerth: „Ein junger Mensch, der vor 12 Jahren hier studirte, zog sich mehr als einmal durch Einimpfung, nämlich durch Berührung der Mündung der Harnröhre mit einer mit Trippergift benetzten Sonde den Tripper zu. Man hat auch beobachtet, dass die Anbringung der Trippermaterie an anderen Schleimdrüsen einen Fluss aus diesen erregt, der dem aus den Schleimdrüsen der Harnröhre erfolgenden Tröpfeln ähnlich ist. Dies denke ich, wird durch eine zuverlässige Begebenheit, die sich vor einigen Jahren hieselbst zugetragen, hinlänglich bestätigt. Ein junger Mensch, der einen Tripper hatte, sah sich genöthigt eine kurze Zeit sein Schnupftuch zu brauchen, um das Hemd zu schonen. Als er andere Lappen bekommen hatte, steckte er aus Unachtsamkeit das Schnupftuch in die Tasche und bediente sich desselben wie vorhin. Die Wirkung war eine Krankheit in der Nase, die in allen Stücken einem Tripper ähnlich war". „Ueberhaupt zu reden ist es eben so gewiss, dass der eine Tripper die Folge des anderen ist, als dass das Blatterngift Blattern erzeugt. Noch niemals hat Jemand sich dadurch den Tripper zugezogen, dass er sich bei Oeffnung einer Leistenbeule in den Finger geschnitten. Ebenso wenig hat jemals ein Weibsbild davon den Tripper bekommen, dass es einem venerischen Säugling die Brust gegeben. Auch hat man kein Beispiel, dass ein durch Einimpfung oder durch Anbringung des Giftes mittelst einer Sonde erregte Tripper den geringsten venerischen Zufall nach sich gezogen". Duncan gab seine Anschauungen zuerst in einer Vorlesung bekannt, welche er im April 1777 hielt.

John Andree[1]), Wundarzt am Magdalenenhospital und Lehrer der Anatomie in London, erzählt neben belanglosen Krankengeschichten, mit denen er die Identität zu beweisen glaubt: „Ein scharfsinniger Wundarzt hat gezeigt, dass die Trippermaterie einen wahren venerischen Chanker verursachen könne, indem er

[2]) Essay on the theory and cure of the venereal gonorrhoea and its consequent diseases. London 1777. 8°. p. 67. — Deutsch in John André: Abhandlungen über den venerischen Tripper und die venerischen Krankheiten. Aus dem Englischen und mit Anmerkungen. Leipzig 1781. 8°. p. 1—60.

sich mit einer Lanzette inokulirte, die mit dieser Materie befeuchtet war. Gleichergestalt inokulirte er sich mit der Materie, die von einem Chanker genommen war, und fand, dass der Chanker, der von der Trippermaterie verursacht wird, ebenso gewiss venerisch und giftig sei, als derjenige, der durch Einimpfung mit der Materie von dem Chanker entsteht". Oesterlen hält diese Erzählung für „das Merkwürdigste"; ich vermuthe jedoch, dass dieser Fall den John Hunter betrifft, welcher, wie auch noch spätere Autoren behaupten, im Jahre 1767 an sich selbst experimentirte, und dann 1786 seine eigene Krankengeschichte, ohne seinen Namen zu nennen, veröffentlichte. Wohl inoculirte sich Hunter nicht, wie es hier heisst, auch Schankersecret; doch halte ich dies blos für einen Gedächnissfehler von Seite Andree's, der den Fall erst zehn Jahre später erzählte. Der ungenannte Uebersetzer Andree's sagt in einer Anmerkung: „Ein junger Wundarzt befeuchtete eine Bougie mit Chankermaterie, und brachte sie einem armen Kerl für baares Geld in dessen Harnröhre, der davon einen Tripper bekam" und will damit die Identität erweisen.

William Harrison's Schrift[1]) gehört ebenfalls zu den für mich unauffindbaren Raritäten und darum müssen wir uns bezüglich seiner Experimente auf den Bericht eines Zeitgenossen und Landsmannes (auf John Howard[2]) beschränken, welcher aber auch nicht das Original, sondern ein Zeitungsreferat vor sich liegen hatte; dieser Bericht lautet: „Es ward die Schankerfeuchtigkeit in die Harnröhre gebracht, und ein Tripper war der Erfolg. Der zweite Versuch, welchen Dr. Harrison machte, um zu bestimmen, ob die Tripperinoculation oder das Einbringen des krankhaften Schleimes in die Harnröhre einen Schanker verursachen könne; brachte weder Schanker, noch nachfolgende Symptome zu wege". Harrison stützte darauf seine Meinung von der Identität beider Contagien.

Franz X. Schwediauer[3]), (Swediár schrieb er sich während seines Aufenthaltes in England, Swediaur in Frankreich),

---

[1]) Dissert. de lue venerea. Edinburgi 1781. 8°.

[2]) Praktische Bemerkungen über die Lustseuche. Aus dem Englischen übersetzt von Chr. Frd. Michaelis. Leipzig 1789—1790. 8°. II. pp. XVI. 216; VIII. 216 u. 2 Taf.

[3]) Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints. London 1784. 8°. p. 233.

ein österreichischer, in Wien promovirter Arzt, war während seiner Praxis zur Wahrnehmung gelangt „that a discharge might be produced by any stimulus applied to the urethra, whether venereal or not, provided it be sufficiently acrid to excite an inflammation, and consequent preternatural secretion of mucus from the urethra; just as coryzas, accompanied with a large preternaturally coloured secretion from the mucous membrane of the nose, arise from other causes". Um hierin aber völlige Sicherheit zu erhalten, nahm er sechs Unzen Wasser, „dropped into it as much of caustic volatile alkali, as gave the mixture a very sharp fiery taste", injicirte hievon in seine eigene Harnröhre und die Folge davon war ein Tripper in bester Form, welchen er nun auch sehr ausführlich beschreibt. Trotzdem blieb Schwediauer bis an sein Lebensende ein eifriger Identist.

William Turnbull [1]) „Surgeon of his Majestys navy", veröffentlicht die ersten Inoculationsversuche, welche an Thieren vorgenommen wurden. „It was my intention to have annexed to these observations a few experiments which I had made, in order to ascertain the effects of the Venereal Virus on different animals, but they seemed to me so unsatisfactory as not to merit attention. The experiments were made on the following animals, viz. the dog, cat, and rabbit. From the result of these, it appeared that none of them were the least susceptible to the Venereal Poison, either when given into the stomach, or applied to the organs subservient to generation, or to incision made on any exterior parts of their bodies". Dass die venerischen Contagien auch auf die Schleimhaut des menschlichen Magens keinerlei Einfluss üben, sucht Turnbull aus folgendem Fall zu erweisen: „In the year 1781, a Captain of the Navy being under my care for a large Venereal Ulcer on the glans, accompanied with a considerable dicharge from the urethra — his custom was frequently throughout the day, to bathe the parts with warm milk and water, in which he sometimes put a little spirits. A seaman waiting upon him one morning, and being placed in the room where the Captain had been in the evening before, and seeing a glass rummer

[1]) An inquiry into the origin and antiquity of the lues venerea. London 1786. 8°. pp. XII. 115.

half full of this mixture and taking it for rum and milk, drank it off. About two hours after, my patient getting out of bed and inquiring after the milk and water — the sailor told him, with some hesitation, „he hoped there was no harm, but that he had drunk it“. The Captain, alarmed for the consequences, sent immediately for me; I came in two hours after, and four from the accident, and ordered him a vomit, and never any thing disagreable occurred“.

John Hunter [1]) hätte gewiss noch grösseren Segen verbreitet, das Gedeihen der medicinischen Wissenschaft weit mehr gefördert, wenn es ihm niemals in den Sinn gekommen wäre, auch nur eine einzige Zeile über die venerischen Krankheiten zu schreiben. Alles was im Laufe der Jahrhunderte in diesem Fache mühsam aufgebaut worden war: die Erkenntniss der Verschiedenheit des Tripper- und Syphiliscontagiums, die Uebertragbarkeit des letzteren auf die Nachkommenschaft durch die Zeugung, die Lehre von der syphilitischen Erkrankung der Eingeweide — Alles das riss er, mit dem was drum und dran hing, kraft seiner Autorität in Schutt und Trümmer. Das Richtige aus Hunter's Lehren hatten schon Andere vor ihm erkannt. Dass Hunter nicht aus Eitelkeit, Rechthaberei oder aus anderen niedrigen Motiven, sondern rein menschlich irrte, weiss wohl Jedermann, welcher von ihm mehr kennen gelernt hat, als sein Werk über venerische Krankheiten; dass er nicht dafür verantwortlich sein kann, wenn seine Zeitgenossen und Nachfolger, vom Autoritätsglauben gefesselt, eigene Untersuchungen versäumten, liegt doch ganz klar am Tage. Von allen Experimenten, welche Hunter zur Lösung der Contagienlehre unternahm, mag vielleicht nur das folgende nach allen Beziehungen richtig sein: „I have repeatedly soaked lint in matter from a gonorrhoea, chancre and bubo, and introduced it into the vagina of bitches, without producing any effect. I have also introduced it into the vagina of asses, without any effect. I have introduced it under the prepuce of dogs, without any effect. I have also made incisions and introduced it under the skin, and it has only produced a common sore. I have made the same experiments

[1]) A treatise of the venereal disease. Second edition. London 1788. 4°. p. 398 u. 7 Taf.

upon asses, with the same result". Die Inoculationsversuche, welche Hunter im Mai 1767, vermeintlich mit Trippersecret, höchstwahrscheinlich an sich selbst vornahm, und die, welche er später an syphilitisch Erkrankten angeblich mit Tripper-, Schanker- und Syphilissecreten ausführte, will ich hier nicht in extenso wiedergeben, weil über dieselben in der Literatur ohnehin schon vielhundertmal berichtet wurde, die Ausgaben von Hunter's Werken auch heute noch überall zu haben sind, und weil sie ja doch alle, entweder in ihrer Ausführung, oder in der Deutung ihrer Resultate, manchmal nach beiden Richtungen, fehlerhaft sind. Nur die Schlüsse, welche Hunter aus seinen Experimenten für die Contagienlehre zog, will ich in ihren Hauptpunkten mit seinen eigenen Worten angeben: „It proves first, that matter from a gonorrhoea will produce chancres". — „It might be supposed, that a constitution, truly and universally pocky, is not to be affected locally by the same species of matter; but from the following experiments it would appear that matter from a gonorrhoea or chancre is capable of affecting a man locally that is already poxed; and that matter from pocky sores, arising from the constitution, has not that power". — „We may observe, that even the blood of a pocky person has no power of contaminating, and is not capable of giving the disease to another even by inoculation; for if it were capable of irritating a sound sore to a venereal inflammation, no person that has this matter circulating, or has the lues venerea, could escape having a venereal sore whenever he is bled or receives a scratch with a pin, the part so wounded turning into a chancre. For if venereal matter be on the point of the lancet, or on the point of the pin, the punctures must become chancres". — Eine Stelle noch; da sie, wenn auch in den historischen Abhandlungen über die Contagienlehre bisher niemals erwähnt, dahin doch gehört, und der Gegenstand gerade gegenwärtig wieder lebhaft verhandelt wird und in Untersuchung steht: „I have taken out a chancre by dissection, and the sore has healed up with common dressings. However, as our knowledge of the extent of the disease is not always certain; and as this uncertainty increases as the size of the chancre, it becomes necessary in some degree to assist the cure by proper dressings, and therefore it may be prudent to dress the sore with mercurial ointment. From such treatment there is

but little danger of the constitution being infected, especially if the chancre has been destroyed almost immediately upon its appearance, as we may then reasonably suppose there has not been time for absorption".

Bru [1]), Senior-Wundarzt der französischen Armee, Director der Gesundheits-Anstalten in allen königlichen Häfen und Werften u. s. w., vollkommen vertraut mit den Inoculationsergebnissen seiner Zeitgenossen, namentlich den Hunter'schen, bringt jedenfalls nur von allzuheftigem Widerspruchsgeiste dictirte (um nicht zu sagen von ihm selbst erdichtete) Inoculationsmährchen, welche Oesterlen sonderbar genug, „interessant" findet. Nur der Vollständigkeit und der Seltenheit der Schrift wegen will ich sie anführen, und auch deshalb, damit spätere Bearbeiter dieses Themas nicht auch, durch Oesterlen irregeführt, grosse Mühe für ein Nichts aufwenden brauchen. Bru erzählt: „Zwei kugelscheue Matrosen hatten sich, um in das kugelfeste Spital zu kommen, Canthariden pulver zwischen Vorhaut und Eichel gestreut, dadurch eine heftige Balanoposthitis erzeugt und dann die „Wunden verschiedenemal vergebens mit Schankereiter von anderen Kranken bestrichen". Dies war für Bru Anlass zu Zweifeln „und um darin" — so erzählt er weiter — „einen festen Fuss zu bekommen, inokulirte ich oft verschiedene Kranke, welche ohne einen Zufall von den Pocken ins Hospital hereinkamen, aber es war allemal vergebens. Ich kann versichern, dass ich meine Versuche auf verschiedene Art anstellte, jederzeit mit frischem Eiter, und wenigstens sechzigmal in fünf Jahren. Bald machte ich verschiedene Ritze mit einer Lancette, deren Spitze in Eiter eingetaucht war, bald machte ich eine Wunde durch ein Blasenpflaster zwischen der Vorhaut und der Eichel, worauf ich die mit Materie getränkte Charpie legte, ein andermal nahm ich Schankerblut, welches ich auf eben die Art inokulirte; endlich brachte ich Charpie, die in Tripper- oder Schanker-Eiter eingetaucht war, in die kahnförmige Grube der Scham. Ich brachte Kerzen, welche ich mit eben der

[1]) Méthode nouvelle de traiter les maladies vénériennes par les gateaux toniques mercuriels, sans cloture, et parmi les troupes sans séjour d'hôpital, éprouvé dans les ports du Roi. Paris 1789. 8°. II. — Deutsch: Leipzig 1792. 8°. II. pp. XII. 280; 262 u. 1 Taf.

Materie bestrichen hatte, in den Canal. Alle Ritze, welche ich mit der Lancette auf der Eichel und der Vorhaut gemacht hatte, heilten ohne die geringste Entzündung, die Wunden vom blasenziehenden Pflaster dauerten nur 3 bis 4 Tage, ob sie gleich sich selbst überlassen wurden, und ich habe nie die geringste Folge der Inoculation bemerken können". — Damit läugnete Bru jedoch nicht, wie Auspitz sagt, „das Gift der Venerie" überhaupt, sondern nur die Virulenz der erwähnten Secrete; Bru stellt sich den Modus der Uebertragung dieser, wie er oft selbst sagt „giftigen Krankheiten" durch eine elektrische Strömung, wie sie durch die Frictionen beim Coitus zu Stande kommen soll, vor.

Benjamin Bell [1]) entgegnet auf die Inoculationsversuche Hunter's Folgendes: „In opposition to these, too, I may mention, that, induced by some late publications upon this subject, two young gentlemen of this place have made some experiments upon themselves, with a view to ascertain the point in dispute; but the result was materially different from what appears to have happened in the experiments to which I allude. By the introduction of the matter of chancres, as well as of buboes, into the urethra, some pain and irritation were excited, but no Gonorrhoea ensued; and, by fretting the skin of the prepuce and glans with a lancet, and rubbing the parts with the matter of Gonorrhoea, slight sores were produced; but they never assumed the appearance of chancres, and they healed easily without the use of mercury. For the reasons mentioned above, however, we cannot place much dependence upon these or any other experiments that hawe yet been made upon this subject; we must trust therefore te experience and observation in the ordinary course of practice for means to ascertain it".

Aus den letzten Sätzen darf man jedoch durchaus nicht folgern, Bell wolle sich überhaupt auf sonst nichts, als die Praxis verlassen und verwerfe das Experiment gänzlich. Bell erkannte eben schon damals ganz klar und sprach es auch, wie wir gleich sehen werden, deutlich aus, dass einzelne Inoculationsversuche die strittige Sache niemals entscheiden können, dass dazu grosse Reihen

[1]) A treatise on gonorrhoea virulenta and lues venerea. Edinburgh 1793. 8°. II. p. XIV. 453; VIII. 549.

von mit aller Genauigkeit und auf die verschiedenste Art ausgeführten Experimenten nothwendig seien; nur hielt es Bell für unmöglich je solche Reihen zu erhalten, denn er lebte eben in dem Jahrhunderte der Humanität, in welchem die meisten Aerzte nur an ihrem eigenen Körper experimentirten und Tode es sogar verschmähte, Sträflinge, welche ihm zu Gebote gestanden wären, als Versuchsobjecte anzunehmen. Bell sagte daher: „But experiments upon this subject are productive of such anxiety and distress, that they never have been, nor ever probably will be, repeated so frequently as the nature of it would require. Nothing, therefore, can be admitted from this argument; for, in order to avoid fallacy, and to give support to the opinion, these experiments would not only require to be conducted with accuracy, but to be numerous, and to be repeated on a variety of patients under every possible variety of circumstances; whereas we have heard of only a single experiment or two being made by any individual; and even these seem to have been made under the management of such as were strongly and obviously biassed in favour of one side of the question".

Einige meiner Vorarbeiter wissen von Bell's Inoculationsversuchen Etwas mehr zu erzählen; leider wusste ich dies in den Quellen nicht aufzufinden; da jedoch absichtliche Fälschung der Fälle ausgeschlossen werden muss, eine Irrung kaum angenommen werden kann, will ich nach Oesterlen berichten: „Er (Bell) nahm auf die Spitze einer Sonde Eiter von einem Schankergeschwür, gegen welches noch gar kein Heilmittel angewandt worden war, und schob ihn tief in die Harnröhre. Nach acht Tagen entstand ein heftiges Brennen beim Wasserlassen, in der Harnröhre konnte man deutlich ein grosses Schankergeschwür sehen, und nach Verfluss von wenigen Tagen entstand in der Leistengegend der rechten und linken Seite ein Bubo. Während der ganzen Zeit zeigte sich nie irgend ein Ausfluss aus der Harnröhre, wohl aber bildete sich in dieser noch ein zweiter Schanker. Oertlich wurde rother Präcipitat angewandt, innerlich eine Mercurialkur, und durch diese Mittel genas der Kranke. Bei einem anderen Versuche wurde Trippermaterie zwischen die Eichel und Vorhaut gebracht; es entstand hierauf eine leichte Entzündung in diesen Theilen, auf welche ein Ausfluss von Materie erfolgte, welcher

nach einigen Tagen von selbst verschwand. Bell sagt, ein Freund habe ihm diese Versuche, welche er an sich selbst angestellt habe, mitgetheilt; nach dem Ausspruche mehrerer seiner Zeitgenossen aber ist es wahrscheinlicher, dass er selbst dieser Freund war, und aus Interesse für diese Sache die Versuche an seiner Person angestellt hatte. Interessant sind ferner die von ihm erzählten Versuche, welche zwei junge Mediciner an sich selbst anstellten; keiner von ihnen hatte vorher einen Tripper oder Schanker, noch sonst einen syphilitischen Zufall gehabt. Sie nahmen den Ansteckungsstoff für ihre Impfversuche von Kranken, bei denen noch kein Quecksilber angewandt worden war. Zuerst brachten sie ein in Trippermaterie eingetauchtes Läppchen Leinwand zwischen der Eichel und die Vorhaut; sie glaubten, es werden nun Schanker entstehen, aber statt diesen entstand beim einen eine heftige Entzündung der Eichel und Vorhaut . . . .

Beim zweiten war auch etwas von der angewandten Impfmaterie in die Harnröhre gekommen, daher enstand bei ihm ein heftiger Tripper, welcher ein ganzes Jahr lang viel zu schaffen machte. Dieser war nun gewitzigt und stand von weiteren Versuchen ab. Der Andere aber inoculirte mit einer Lancette Trippermaterie in seine Eichel und Vorhaut; obschon er dies dreimal wiederholte, so entstand doch nie ein Schanker. Zuletzt schob er vermittelst einer Sonde Schankermaterie in die Harnröhre; es entstand nun kein Tripper, wohl aber ein äusserst schmerzhafter Schanker, auf welchen später Bubonen und dann auch syphilitische Halsgeschwüre folgten; nur eine tüchtige Quecksilberkur rettete den Armen".

Ausser den eben angeführten Schriftstellern haben sich noch viele andere mit der Untersuchung dieses Gegenstandes befasst. Es kann jedoch nicht die Aufgabe der Geschichte sein, die einzelnen Discussionen, welche sich theils auf die damals gangbaren Hypothesen, theils auf eine äusserst fehlerhafte Casuistik, theils auf Autoritätsglauben und unrecht verstandene oder übel angewendete Literaturkenntnisse stützten, zu registriren; es sind darum hier nur solche Autoren berücksichtigt worden, welche entweder einen neuen richtigen Gedanken in unsere Wissenschaft getragen haben, oder Wahrheit am Krankenbette fanden oder durch das Experiment zu ergründen suchten. Bezüglich der Experimen-

tatoren konnten wir freilich nicht wählerisch sein; es mussten schon darum alle, ohne Rücksichtsnahme auf Irrthum und Exactheit vorgeführt werden, um es anschaulich zu machen, wie so es gekommen ist, dass eine von Einzelnen erkannte und verfochtene Wahrheit von ganzen Generationen verworfen werden konnte.

Wenn wir nun die Daten der vorliegenden literarischen Belege zusammenstellten, so ergibt sich hieraus ungezwungen Folgendes: Nachdem Cockburn und Fabre auf die völlige Verschiedenheit der Symptomengruppen bei den Tripper- und Syphilisformen besonders nachdrücklich hingewiesen hatten, warf zuerst Balfour die Frage auf, ob nicht auch die Materie, aus welcher die Lues entsteht, von der verschieden sei, welche die Gonorrhoe erzeugt? Mit Bestimmtheit hat sich erst Hales für die Differenz der Contagien erklärt und Ellis hat diese Lehre durch die ersten, zweifellos richtigen Inoculationsversuche, welche er leider nicht in ihren Einzelnheiten beschreibt, wohl aber nach ihren Hauptsachen und Resultaten deutlich genug darlegt, bestätigt. Diese Thatsachen blieben indess, weil sie durch keine Autorität und in kleinen unscheinbaren Flugschriften vorgetragen wurden, ohne Berücksichtigung von Seite der Aerzte. Da trat dann etliche Jahre später Tode, anfangs auch noch zaghaft und bedenklich, allmälich aber durch weitere jahrelange und genaue Beohachtungen in der Praxis belehrt, fest und sicher für die Differenz der venerischen Contagien auf, und verfocht dieselbe mit all' der Liebe für die Wissenschaft und Menschheit, wie sie von jeher alle bedeutenden Aerzte zierte, durch volle drei Decennien. Der Erfolg war dennoch ein kläglicher: von allen seinen Zeitgenossen konnte er nur Duncan, Howard, Joh. Peter Frank[1]), Benj. Bell und Clossius[2]) ganz für seine Anschauungen gewinnen; Aug. Gottl. Richter[3]), Selle[4]), Aug. Friedr. Hecker[5]) und einige Ungenannte schwankten; alle

---

[1]) Medorrhoea. — In dessen: De curandis hominum morbis epitome praelectionibus academicis dicata. Mannhemii 1794. 8°. V. p. 149—250. — Deutsch: Mannheim 1797. 8°. V. p. 144—251.

[2]) Ueber die Lustseuche. Tübingen 1797. 8°. pp. XVIII. 430.

[3]) In dessen: Chirurg. Bibliotkek. IV. Heft 3.

[4]) Medicina clinica. Fünfte Auflage. Berlin 1789. 8°. p. 235.

[5]) Deutliche Anweisung die venerischen Krankheiten genau zu erken-

übrigen — ihre Zahl ist sehr bedeutend — beharrten bei dem Glauben an die Identität, welchen besonders John Hunter durch sein hohes, im Allgemeinen auch ganz wohl verdientes Ansehen auf Grund der angestellten fehlerhaften Inoculationsversuche bekräftigte. Die Wirkungen der venerischen Contagien auf Thiere wurden von Turnbull und John Hunter erforscht; die Secrete untersuchte Bayford mikroskopisch; die Möglichkeit der Entstehung einer Gonorrhöe durch chemische Reize bewies Schwediauer.

Hiermit glaube ich die Irrthümer, welche bezüglich der Contagienlehre des vorigen Säculums bisher verbreitet waren, in ihren Hauptpunkten berichtigt zu haben. Was unser Jahrhundert über diesen Gegenstand zu Tage förderte, findet sich in dem bekannten Werke von Auspitz genau auf Grund quellenmässiger Studien dargestellt.

---

nen und richtig zu behandeln. Zweite Ausgabe. Erfurt 1801. 8°. pp. XLVI. 542 u. 1 Taf.

Theoretisch-praktische Abhandlung über den Tripper. Ein Versuch zur Vereinigung der Meinungen der Aerzte über diese Krankheit. Leipzig 1787. 8°. pp. 208.

# Kleinere Aufsätze und Casuistik.

## Ein Fall von acuter Nephritis nach äusserer Application von Naphtol.

Von

**Dr. Edmund Lesser**

Docent an der Universität in Leipzig.

Vor etwa einem Jahre lehrte Kaposi[1]) im Naphtol ein neues und bei verschiedenen Hautkrankheiten mit Vortheil zu verwendendes Mittel kennen, welches sich neben anderen guten Eigenschaften durch den Mangel toxischer Wirkungen auszeichnen sollte. Ein von Kaposi mit Naphtol behandelter Knabe bekam zwar nach zweitägiger Anwendung die Symptome einer acuten Nephritis (blutigen Harn, eklamptische Anfälle u. s. w.), aber da bei diesem Knaben der Eiweissgehalt des Urins bald schwand und trotz weiterer vierwöchentlicher Behandlung mit Naphtol der Urin stets eiweissfrei blieb, so glaubt Kaposi diese Nierenerkrankung nicht auf Rechnung des Naphtol setzen zu sollen, da bei allen übrigen mit Naphtol behandelten Kranken niemals Eiweiss im Urin nachweisbar war, oft dagegen Naphtol in beträchtlichen Mengen. — Obwohl nun inzwischen von Neisser[2]) die toxischen Wirkungen des Naphtols nachgewiesen sind, indem derselbe Kaninchen und Hunde schon nach relativ geringen Gaben dieses Mittels unter Hämoglobinurie zu Grunde gehen sah, betont Kaposi auch in seiner neuesten Veröffentlichung[3]) wieder die Ungefährlichkeit des Naphtol. Es heisst dort wörtlich: „Obgleich nun in der genannten Beziehung“ (nämlich dass man das Naphtol vorsichtig anwen-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1881, Nr. 22—24.

[2]) Centralblatt f. d. med. Wiss. 1881, Nr. 30.

[3]) Wiener med. Wochenschr. 1882, Nr. 30, 31.

den müsse, nicht mit Flecken niederdrücken dürfe etc.) „das Naphtol noch mehr Aufmerksamkeit erheischt, als beispielsweise der Theer oder selbst die Pyrogallussäure, die wir stets erst nach Erprobung an einzelnen Stellen bei einem Individuum universell einreiben, gewiss aber nie auf grossen Strecken in Salbenform gestrichen auflegen würden, so habe ich doch keinen Grund vor dessen Anwendung irgendwie zu warnen, da ich bei mehr als 1000 Kranken dasselbe ohne den geringsten Nachtheil angewendet habe".

Die eine der hier angeführten Vorsichtsmassregeln, das Erproben des fraglichen Mittels an einzelnen Stellen scheint mir nun aber doch von einem sehr zweifelhaften Werthe zu sein. Denn da es hier lediglich auf die Menge des in den Körper eingeführten, unter Umständen toxisch wirkenden Stoffes ankommt, so kann dasselbe auf kleinen Strecken applicirt allerdings ganz unschädlich sein, während bei einer universellen Application die verhängnissvolle Wirkung eintritt. Ganz analoge Verhältnisse liegen u. A. vor bei der äusseren Application des Arsenik, wobei in Folge der Anwendung einer zu grosse Mengen Arsenik enthaltenden Pasta in der Wiener dermatologischen Klinik eine tödtliche Vergiftung vorkam, während beim Gebrauche kleiner Mengen von Arsenik die Anwendung der Pasta bekanntlich eine ganz gefahrlose ist.

Wir dürfen daher aus dem Ausbleiben toxischer Wirkungen bei Anwendung kleinerer Mengen eines Mittels nicht schliessen auf die Gefahrlosigkeit dieses Mittels bei Anwendung grösserer Mengen. Der Beweis der völligen Gefahrlosigkeit auch in letzterem Falle kann immer nur direct erbracht werden durch den Nachweis, dass wirklich nie schädliche Wirkungen dabei aufgetreten sind.

Und in dieser Hinsicht hat sich, in voller Bestätigung der von Neisser an Thieren gemachten Erfahrungen, nach einem in der Breslauer dermatologischen Klinik beobachteten Falle das Naphtol nicht als ein so unschädliches Mittel gezeigt, wie es von Kaposi hingestellt ist. Ich halte mich daher um so mehr zur Veröffentlichung dieses Falles verpflichtet, selbst auf die Gefahr hin, dass von irgend eine Seite wieder der Vorwurf leichtfertiger Application eines Mittels ausgesprochen werden könnte, ein Vorwurf, der bei der Anwendung neuer und in ihren Wirkungen noch nicht genau studirter Mittel in der That oft leichter erhoben als vermieden werden kann.

R . . . . . Joh., 21 Jahre alt, Schneider, wurde vom 13. October bis 15. October 1881 wegen Scabies auf der klinischen Abtheilung behandelt. Er wurde nach der damals dort ausschliesslich befolgten Methode mit einer Salbe aus Naphtol [1]) und Cret. alb. ana 15,0 Ung. spl. 100,0 dreimal über den ganzen Körper, mit Ausschluss des Kopfes natürlich, eingerieben und zwischen wollene Decken gelegt. Wie für jeden Kranken wurde auch in diesem Falle die oben angegebene Quantität für die drei Einreibungen zusammen verbraucht, so dass also nur 15 Gr. Naphtol im Ganzen zur Verwendung kamen.

Am 15. October wurde Pat. ohne gebadet zu haben entlassen, mit der Weisung, erst in etwa 8 Tagen zu baden und inzwischen nur Streupulver anzuwenden.

Am 21. October, also 6 Tage später, wurde er wieder aufgenommen. — Schon am Abend nach seiner Entlassung hatte sich Brennen auf der Brust und leichtes Frösteln eingestellt, und am folgenden Tage hatten sich die ersten Zeichen des jetzt noch bestehenden Exanthems bemerklich gemacht. — St. pr. vom 21. October. Die Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme des Kopfes ist mit ausserordentlich zahlreichen Pusteln mit geröthetem Hof überschüttet, die an einzelnen Stellen zu grösseren, mit Borken bedeckten Herden confluiren. Einzelne Pusteln zeigen Dellenbildung. Das Exanthem hatte bei oberflächlicher Betrachtung eine frappante Aehnlichkeit mit einer sehr reichlichen Variola-Eruption. Pat. fiebert stark (39,5) und zeigt dem entsprechende subjective Symptome. — Urin etwas hochgestellt, zeigt bei der Eiweissprobe [2]) eine ganz schwache Trübung und gibt die Reaction eines phenolartigen Körpers, der jedenfalls nicht Carbolsäure ist.

22. October. Temp. Morg. 39,4, Abends 38,4. — 23. Octob. Morg. 38. — 24. October. Die Pusteln sind alle eingetrocknet, Allgemeinzustand besser. Urin eiweissfrei. Temp. Mor. 37,5; Abends 38,3. 25. October Morgens 37,6; Abends 38. — 26. October. Die Borken beginnen sich abzulösen. Temp. Morgens 38,6; Abends 38,2. Die

[1]) Ich bemerke ausdrücklich, dass aus Wien bezogenes, von Kaposi bezeichnetes $\beta$-Naphtol zur Verwendung kam.

[2]) Die Eiweissproben sind fast alle nach zwei Methoden gemacht, einmal durch Kochen und Salpetersäurezusatz und dann, ohne zu erwärmen, durch Zusatz von Essigsäure und Ferrocyankalium.

Temperatur bewegt sich von da bis zum 8. November zwischen 37,5 und 38, welche Höhe nur zweimal um einige zehntel Grade Abends überstiegen wurde. Vom 8. November war Pat. fieberfrei.

29. October. Bis auf ein geringes Spannungsgefühl in der Haut sind die subjectiven Symptome geschwunden. — Die Borken lösen sich an vielen Stellen bereits ab. — Urin schwach eiweisshaltig, in dem äusserst spärlichen Sediment keine Cylinder.

30. October. Die Borken grösstentheils abgestossen, unter denselben ist völlige Ueberhäutung eingetreten. — Pat. ist bisher nur mit Streupulver aus Amylum und Zinc. oxyd. alb. behandelt. 31. Octob. Urin braunroth, mässig eiweisshaltig, gibt bei der Heller'schen Probe keine Blutfarbstoffreaction. Im Sediment spärliche körnige Cylinder, zum Theil mit Epithelzellen besetzt.

1. November. Subjectives Wohlbefinden. 24stündige Urinmenge 350 Cbctm. Spec. Gew. 1030, trübe, bräunlich. Gesicht seit gestern etwas gedunsen, geringes Oedem um die Malleolen. Ther.: 0,01 Pilocarpin subcutan.

2. November. Urin 390, 1039, mässig stark eiweisshaltig, im Sediment zahlreiche Cylinder. Keine subjectiven Beschwerden. Gestern starker Schweiss und Salivation nach Pilocarpin. — Ther. 0,01 Pilocarpin. — Abends Ol. Ricini.

4. November. 24stündige Urinmenge 1000, sp. Gew. 1022. Eiweissgehalt geringer. Schwellung des Gesichts und um die Knöchel hat abgenommen.

5. November. Trotzdem das Pilocarpin nicht weiter gegeben ist, besteht noch immer Salivation. — Seit heute früh Kopfschmerzen. Puls 54, ziemlich gespannt. — Ther. 1 Esslöffel Syr. Jaborandi.

7. November. Starke Kopfschmerzen. Gestern und heute je ein Essl. Syr. Jabor., danach starker Schweiss, weniger Salivation als nach Pilocarpin. — Einmaliges Erbrechen.

8. November. Nachts wenig Schlaf. Früh starkes Schwindelgefühl. Pat. weiss nicht genau, wo er ist, und sieht sehr undeutlich. Es besteht Strabismus convergens. P. 72. — Im Laufe des Vormittags bekommt Pat. einen ausgesprochenen eklamptischen Anfall von mehreren Minuten Dauer. Pat. wird auf eine innere Abtheilung verlegt.

Die Anfälle wiederholten sich noch mehrere Male in den nächsten Tagen. Sehr bald aber nahm der Eiweissgehalt des Urins ab bis zum

gänzlichen Verschwinden desselben und schon am 1. December konnte Pat. als völlig geheilt entlassen werden.

In diesem Falle wurden also durch die Naphtolbehandlung zwei unbeabsichtigte und höchst unangenehme Folgeerscheinungen hervorgerufen, das universelle acute Eczem und die acute Nephritis. Ueber die Abhängigkeit des ersteren von der Anwendung des Naphtol kann ein Zweifel überhaupt nicht bestehen, auch sind ähnliche, wenn auch viel geringere Erscheinungen bei andern Kranken gar nicht so selten beobachtet worden. Aber auch die Abhängigkeit der Nierenerkrankung von der Application des Naphtols scheint mir absolut sicher zu sein. Der Urin des Kranken zeigte 6 Tage nach der Naphtoleinreibung eine ganz schwache Eiweisstrübung; gleichzeitig eine wohl sicher auf Naphtol zu beziehende Reaction, war nach weiteren drei Tagen wieder eiweissfrei, und 14 Tage nach Beendigung der Scabieskur entwickelte sich eine acute Nephritis mit ihren typischen Symptomen. Der Kranke hatte die ganze Zeit nach seiner Wiederaufnahme im Bette zugebracht und war irgend welchen Schädlichkeiten in keiner Weise ausgesetzt gewesen. Obwohl also die Nephritis erst 14 Tage nach der Naphtoleinwirkung auftrat, so scheint mir der Zusammenhang zwischen beiden ein ganz unzweifelhafter, da einmal jedes andere ätiologische Moment auszuschliessen und andererseits auch von anderen Stoffen ja vielfach eine über relativ lange Zeit protrahirte Ausscheidung durch die Nieren beobachtet ist.

Bei einem Stoffe, welcher erwiesenermassen in solchen Mengen durch die Nieren ausgeschieden werden kann wie das Naphtol, ist es ja auch von vornherein gar nicht zu verwundern, dass derselbe unter Umständen Reizungserscheinungen in diesen Organen hervorruft. Es ist eine ganze Reihe ähnlich sich verhaltender Stoffe bekannt, leider darunter auch ein bei der Behandlung der Scabies vorzugsweise gebrauchter, der Styrax.

Ich denke ferner, dass in diesem Falle Niemand von einer leichtfertigen Anwendung des Mittels sprechen kann. Allerdings schreibt Kaposi für Scabies nur eine einzige Einreibung einer 10percentigen Naphtolsalbe vor, die noch dazu nur an den Prädilectionstellen der Milbengänge geschehen soll, ein Verfahren, welches bei einem durch lange Uebung geschulten Wärterpersonale wohl ohne Nachtheil bezüglich der Sicherheit der Kurerfolge durchzuführen ist, während bei einem minder geübten Personal doch die Einreibungen über den ganzen

Körper vorzuziehen sind, wie es auch in unserem Falle geschah. Der Kranke erhielt drei Einreibungen über den ganzen Körper. Aber ich denke auch dieses Verfahren wird noch innerhalb der von Kaposi gewünschten Vorsichtsmassregeln liegen, da er selbst erwähnt, dass er eine Kranke 23 Tage mit einer 15percentigen Naphtolsalbe fast am ganzen Körper habe einreiben lassen.

Ich glaube daher mit Rücksicht auf den obigen Fall im Sinne Neisser's doch in so fern von der Anwendung des Naphtols warnen zu müssen, als dasselbe selbst bei Berücksichtigung der gewöhnlichen Vorsichtsmassregeln unter Umständen ein für den Körper höchst gefährliches Mittel sein kann. Vor allen Dingen wird dasselbe nie bei schon bestehender Nierenerkrankung in Anwendung kommen dürfen, aber auch in anderen Fällen scheint es mir erforderlich, stets an die eventuelle Gefährlichkeit des Mittels zu denken und danach mit entsprechender Vorsicht zu verfahren.

Uebrigens will ich noch bemerken, dass auch nach den fast ausschliesslich bei Scabies gemachten Erfahrungen in der Breslauer dermatologischen Klinik das Naphtol sich in seiner Wirkung als ein sehr zuverlässiges und gegenüber manchen anderen Krätzmitteln in seiner Anwendung wenig Unannehmlichkeiten bereitendes Mittel gezeigt hat, wie dies Kaposi an den bezeichneten Orten hervorgehoben hat.

---

## Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Prof. Dr. A. Neisser in Breslau.

### I.

# Ein Fall von syphilitischer Reinfection innerhalb 9 Jahren.

Von **Dr. E. Arning,**
Assistent der Poliklinik.

Unzweifelhaft constatirte Fälle von syphilitischer Reinfection werden heut zu Tage nicht mehr zu den pathologischen Ungeheuerlichkeiten gerechnet, verdienen aber immerhin wegen ihrer relativen Seltenheit die Registrirung.

Ein derartiger Fall kam kürzlich auf der hiesigen Poliklinik in meine Beobachtung, und erlaube ich mir in Folgendem kurz darüber zu referiren.

Der Schlosser H., 34 Jahre alt, ein untersetzt und kräftig ge-

bauter Mann, der sich aus seiner Kindheit und Jugend keiner intensiveren Erkrankung erinnert, ist seit Anfang 1871 verheiratet, und will vorher niemals an einer Geschlechtskrankheit gelitten haben. Im October desselben Jahres wurde das erste Kind geboren, das nach $^1/_2$ Jahre an Krämpfen und Auszehrung zu Grunde ging, ohne dass dasselbe an Hautausschlägen irgend einer Art gelitten hätte. 1872 folgte dann ein Abort im 3. Monate der 2. Schwangerschaft, das 3. am 18. Januar 1873 geborene Kind lebt noch, ist aber ein schwächlicher Knabe, der seit einer Reihe von Jahren an chronischer Blepharitis mit häufiger Hordeolum-Bildung leidet. Im Jänner 1873 acquirirte Patient ausserehelich einen Schanker des inneren Präputial-Blattes, der zu einer rechtsseitigen Inguinal-Drüsenentzündung führte. Der Schanker wurde nur local behandelt, die Drüseneiterung heilte nach einer Incision. Allgemeinerscheinungen irgendwelcher Art sollen nach Angabe des Patienten damals nicht aufgetreten sein. Im April 1874 suchte er wegen eines „Hautausschlages" die Hilfe des Prof. Köbner auf. Derselbe ist so gütig gewesen, mir auf meine Anfrage über den damaligen Befund folgende Notiz zu senden:

Patient litt an einer Roseola papulosa und vielfachen Drüsenschwellungen, ein Primär-Affect war nicht zu entdecken. — Prof. Köbner verordnete eine Schmierkur, welche Patient sehr gewissenhaft ausgeführt haben will, und liess hernach noch längere Zeit Jodkali nehmen. Nach Aussage des Patienten schwand das Exanthem unter der Kur prompt und das Allgemeinbefinden besserte sich auffallend, so dass Patient unmittelbar nach der Kur 17 Pfund mehr wog als vor derselben.

Im März 1875 gebar seine Frau am Ende einer normalen Schwangerschaft einen Knaben, der noch lebt, aber starke Spuren von Rhachitis zeigt und noch immer seiner schwächlichen Constitution halber ein Sorgenkind ist.

Ein 1876 geborenes Mädchen starb 11 Wochen alt an Darmkatarrh; zwei, respective 1877 und 1879 geborene Knaben leben noch und sind die kräftigsten der 4 lebenden Kinder. Seit der Zeit ist jedoch die Frau kränklich, hat 1880 zweimal im Mai und November abortirt und musste wegen „Unterleibsentzündung" nach dem letzten Abortus 4 Monate lang das Bett hüten; hat sich seither noch nie recht erholt, ist sehr anämisch und leidet an starken Metrorrhagien. Manifeste Spuren von Syphilis sind an ihr jetzt nicht zu ent-

decken. Auch hat der Mann nie wieder ein Zeichen seiner ersten Erkrankung gehabt, ist im Gegentheil blühend und gesund und in den letzten Jahren sehr stark geworden.

Am 12. September dieses Jahres kommt er wegen eines Geschwürs in die Poliklinik, das von einem vor 8 Wochen ausserehelich vollzogenen Coitus stammt. — Dasselbe sitzt an der äusseren Haut des Penis rechts in der Mitte des Schafts, hat einen Durchmesser von circa 1 Ctm., einen dunkelrothen gefirnissten Grund, und ist mit einer äusserst circumscripten knorpeligen Unterlage in die lockere Haut des Penis eingebettet. Es war ein so typischer und erosiver syphilitischer Schanker, dass ich, trotzdem Patient sofort erzählte, er hätte vor 8 Jahren schon einmal Syphilis und eine tüchtige Schmierkur durchgemacht, keinen Augenblick daran zweifelte, dass hier eine specifische Infection vorläge. Die Inguinaldrüsen waren beiderseits geschwollen, rechts etwas schmerzhaft. Cubital-Drüsen beiderseits deutlich, Cervicaldrüsen nur unbedeutend vergrössert. An den Seiten des Rumpfes zeigten sich einzelne auf Roseola verdächtige Flecke. Am 16. stellt Patient sich wieder vor. Unter starker Störung pes Allgemeinbefindens hat sich seitdem ein über den ganzen Rumpf und die Extremitäten, besonders auch über das Gesicht ausgebreitetes, sehr gedrängt stehendes flachpapulöses Exanthem entwickelt. Auf der Kopfhaut finden sich zahlreiche zerkratzte Pusteln. Im Pharynx leichte Röthung. Die Sklerose am Penis ist unverändert.

Es wurde dem Patienten wieder eine Schmierkur verordnet. Nach 18 Einreibungen von 3,0 Gr. pro die nöthigte dann eine beginnende Gingivitis zum Aussetzen der Inunctionen. Das papulöse Exanthem ist mittlerweile ganz verschwunden, von der Sklerose besteht nur noch eine leichte Infiltration. Doch haben sich auf beiden vorderen Gaumenbögen Papeln ausgebildet. Ausserdem leidet Patient an einem ausserordentlich starken Defluvium capillorum; ist auch sehr anämisch geworden und hat rapid an Körpergewicht abgenommen.

Wir haben es also mit einer Reinfection nach Ablauf von 9 Jahren zu thun, denn wir werden wohl am natürlichsten die erste Infection auf den Schanker vom Sommer 1873 beziehen und annehmen, dass damals leichte Frühsymptome der constitutionellen Lues übersehen worden sind, und das papulöse Exanthem vom Frühjahre 1874 ein Recidiv darstellt. Wir werden umsomehr bestimmt, dies anzunehmen, da erstens Professor Köbner damals keinen Primäraffect entdecken

konnte, und zweitens bereits 1875 ein ausgetragenes und noch lebendes Kind geboren wurde, was zwar an und für sich merkwürdig, immerhin aber noch eher erklärlich ist, wenn 2 Jahre, als wenn nur 11 Monate zwischen Infection des Vaters und Geburt dieses Kindes liegen.

Uebrigens sind die Mortalitätsverhältnisse der Progenies in unserem Falle so regellos, dass es schwer sein dürfte, sie unter einen bestimmten Gesichtspunkt zur Infectionszeit des Vaters zu bringen. Auch ob eine Uebertragung des Virus auf die Frau stattgefunden hat, ist nicht sicher. Wie gesagt, finden sich augenblicklich keine absulut sicheren Zeichen von Lues an ihr und ihr jetziges elendes Befinden kann ebensowohl auf Rechnung der puerperalen Erkrankung nach dem letzten Abortus gesetzt werden.

---

## II.

## Fall von syphilitischer Infection einer graviden Mutter seitens des recent luetischen Ehemannes. Gesundes Kind. Spätere Infection desselben durch die Mutter.

Von

**Dr. E. Arning,**

Assistent der Poliklinik.

Einen derartigen Fall konnte ich Anfang dieses Jahres an der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis beobachten und publicire ihn zur Stütze der noch vielfach angefochtenen Erscheinung, dass eine intra graviditatem inficirte Mutter ein gesundes Kind gebären kann, wenn anders sie von einem gesunden Manne concipirt hat, sowie dass dies Kind nicht etwa eine Immunität gegen eine specifische Infection besitzt, sondern sich diesbezüglich wie jedes gesunde Kind verhält.

Ich fasse die verschiedenen Journalnotizen zu folgender Skizzirung des Falles zusammen:

Der Malergeselle M. aus Breslau ist seit 4 Jahren mit seiner jetzigen Frau verheiratet. Ende des ersten Ehejahres gebar die vollkommen gesunde Frau ein ausgetragenes Kind. Die Geburt währte sehr lange, das Kind wurde schliesslich mit dem Forceps entbunden, litt damals und später nicht an Ausschlägen und ist kerngesund.

Das zweite Kind, ebenfalls ausgetragen, starb während der 8 Stunden währenden Geburt an Nabelschnurumschlingung. Das war im Winter 1880/81.

Im Frühsommer vorigen Jahres kehrte der Mann von auswärtiger Arbeit mit einer frisch acquirirten Syphilis heim und inficirte seine nach ihrer Rechnung im 4. Monate der Schwangerschaft stehende Frau. Dieselbe unterzog sich sodann als Pat. der Poliklinik einer Schmierkur wegen leichter secundärer Krankheitserscheinungen, gebar darauf am 25. October ein ausgetragenes, kräftiges Kind. Die Geburt war leichter als die früheren, die Mutter machte ein 8tägiges Wochenbett durch und stillte das Kind zunächst an beiden Brüsten, dann wegen Rhagaden an der linken Warze, allein an der rechten Brust. — Auch schlief das Kind beständig mit der Frau im Bett.

Angeblich zuerst vor 4 Wochen bemerkte die Frau am linken Mundwinkel des Kindes eine nässende Stelle, die gar nicht heilen wollte, im Gegentheil beständig, besonders nach der Oberlippe an Grösse zunahm, dann aber plötzlich anfing, die Lippe zu zerstören. Als der Process schon weit vorgeschritten war und ein Ausschlag am Rumpf sich dazu gesellt hatte, brachte die Frau das Kind in die Poliklinik. — Es fand sich ein verhältnissmässig kräftiges Kind, dessen Gesicht jedoch merkwürdig verunstaltet war; es fehlte nämlich fast die ganze Oberlippe, nur rechts am Winkel war ein kleines Stückchen Lippensaum erhalten. Der Rest der Lippe war derb und hart infiltrirt und kaum auffallend entzündlich verändert. Auch die nach unten und vorne sehende Geschwürsfläche war fast trocken und frei von Eiter, genau wie wir es bei Primäraffecten so oft sehen. Dabei waren die Submaxillardrüsen auffallend stark geschwollen, die übrigen Drüsen des Körpers hingegen nur erbsengross verdickt. Ich war keinen Augenblick im Zweifel, dass es sich um einen in schneller Resorption befindlichen Primäraffect der Lippe handele, und College Lesser, der damals an Stelle des kranken Prof. Simon die Klinik leitete, theilte ganz diese Ansicht. — Am Körper fand sich ein ausgebreitetes mittelgross-papulöses Syphilid, das besonders stark im Gesicht und auf dem behaarten Kopf auftrat. Hand- und Fussteller waren frei. Am Anus und der Vulva fanden sich nässende Papeln.

Die kleine, $3^1/_2$ Monate alte Patientin wurde einer leichten Schmierkur unterzogen, welche gut anzuschlagen schien. Die Papeln

verschwanden, die Lippe überhäutete sich, der Defect glich sich recht gut aus.

Die Frau brachte das Kind dann nochmals einen Monat darauf wegen einer Periostitis am Zeigefinger der linken Hand in die poliklinische Sprechstunde, dann erst wiederum nach Ablauf von 5 Wochen als Leiche. Das Kind sollte in der letzten Zeit schwächer und schwächer geworden sein und starb schliesslich unter Krämpfen.

Noch am Todestage machte Herr Dr. Schuchardt im pathologischen Institute die Section und ich verdanke seiner Güte folgendes Sectionsprotokoll:

Schwaches abgemagertes Kind, mit schmierigen Epithelschuppen am Rücken und auf dem Kopfe. Todtenstarre noch nicht eingetreten. Der Saum der Oberlippe ringsum durch eine vollständig überhäutete Narbe abgeflacht. Keine Rhagaden, keine Stomatitis. Von einer periostitischen Schwellung des Zeigefingers der rechten Hand nichts mehr zu bemerken. Nirgends specifische Efflorescenzen.

Vorderer Rand der Lunge eine Spur emphysematös, bedeckt vollständig das Herz. Lungen bis auf kleine atelectatische Herde frei; keine Bronchitis, ebenso Trachea und Larynx frei.

Herz schlaff, in der rechten Kammer und Vorkammer postmortale Gerinnsel. Klappenapparat normal. Im Magen kein abnormer Inhalt, Leber partiell verfettet, Gallenblase enthält schleimige Galle. Nieren normal. Milz etwas vergrössert, deutliche Follicularschwellung. Pankreas und Nebenniere normal. Harnblase leer, Vulva ohne besondere Veränderung. Gehirn sehr weich und glasig, an der hinteren linken Partie des Stirnlappens braune Verfärbung der Pia, nach deren Abhebung ein über einen Gyrus vielleicht 2 Ctm. lang hingestreckter Erweichungsherd der Corticalis sich zeigt. Bei genauer Untersuchung der Kopfhaut an der entgegengesetzten Schädelseite ergeben sich nirgends Reste eines hier stattgehabten Traumas. Rücken- und Extremitätenknochen zeigen an der Ossificationsgrenze eine schwache, rhachitische Zone. Von der charakteristischen Veränderung bei Lues hereditaria ist makroskopisch nichts nachweisbar.

Hinzufügen will ich noch, dass jetzt nach dem Entkalken auch die mikroskopische Untersuchung normales Verhalten der Epiphysenlinie ergibt.

---

## III.

# Herpes tonsurans in vier concentrischen Ringen.

Von

**Dr. E. Arning,**

Assistent an der Poliklinik.

(Hiezu eine Abbildung.)

Im 7. Jahrgang dieser Vierteljahresschrift veröffentlichte Unna einen Fall von „Herpes tonsurans vesiculosus in drei concentrischen Ringen auftretend", der sich auf dem Rücken eines 11jährigen Mädchens entwickelt hatte, und kommt zu dem Schlusse, dass: „die Indolenz der Umgebung, die Dicke und relative Unempfindlichkeit der Rücken-Oberhaut und die Schwierigkeit für den kratzenden Nagel, die betreffende Region zu erreichen, die exemplarisch schöne Ausbildung des Herpes tonsurans begünstigt haben möchten".

Diese Argumentation trifft für einen noch exemplarischer, in vier concentrischen Ringen entwickelten Fall dieser Mykose nicht zu, da dieselbe an einer gewiss nicht unempfindlichen und der Zerstörung durch Kratzen leicht zugänglichen Stelle sich entwickelte. Wir müssen somit wohl einer gewissen sehr energischen Wachsthumsintensität des Pilzes oder anders äusserst günstigen Bedingungen des Nährbodens — diese immerhin sehr seltene schubweise Proliferation der Wachsthumszonen von einem centralen Punkte aus zuschreiben. Der Fall ist kurz folgender. Die nach der Photographie reproducirte bildliche Darstellung spricht ja wesentlich für sich selbst.

Auguste U., eine Bauersfrau im mittleren Lebensalter, befindet sich seit 10 Wochen wegen einer sehr hartnäckigen Iritis serosa auf der Universitäts-Augenklinik und wird daselbst einer sehr energischen Quecksilber-Inunctionskur unterzogen. Angeblich erst seit fünf Wochen bemerkte sie am rechten Vorderarm das Entstehen eines rothen Fleckes, schenkte der Ausbreitung desselben, die sich unter geringem Jucken vollzog, keine weitere Aufmerksamkeit, zumal ihre Iritis und eine mercurielle Stomatitis ihr genügend Beschwerden machten. Est nach 5 Wochen lenkte sie die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Affection, und diese waren so gütig, sie sofort in die dermatologische Poliklinik hinüber zu schicken, woselbst folgender Befund notirt wurde:

Auf dem Dorsum des unteren Drittels des rechten Vorderarmes und nach der Ulnarfläche etwas übergreifend findet sich ein $^1/_2$ Ctm. breiter und röthlicher Kreis von 8 Ctm. Durchmesser. Derselbe ist gering wallförmig über das Niveau der Haut erhaben und an der äusseren Peripherie mit einzelnen Bläschen, grösstentheils aber mit von innen her losgelösten Epidermis-Schuppen besetzt. Innerhalb dieses äusseren Kreises finden sich noch 3 vollständig concentrische Kreise angeordnet, jeder von dem anderen durch einen ca. 1 Ctm. breiten Saum normaler glatter Haut getrennt und jeder dieselben Einzelnheiten wie der äussere bietend, nur dass die Schuppung eine etwas geringere ist. Als Centrum des ganzen Systems figurirt ein 5 Ctm. unterhalb des Processus styloideus der Ulna befindlicher rother, schuppender Fleck. Die abgehobenen Schuppen sämmtlicher Kreise, besonders hochgradig aber des äussersten, zeigen sehr reichliche Mycelien und Conidienketten von Trichophyton tonsurans.

Auch die linke Hand bietet eine analoge Erscheinung, doch ist hier die Affection auf nur zwei concentrische Kreise beschränkt, die sich um den Daumen und sein Metacarpalgelenk erstrecken. — Sonst findet sich nirgends am Körper, auch nicht auf dem sorgsam revidirten behaarten Kopfe, eine mykotische Erkrankung.

Da Patientin sich nach dem langen Aufenthalt in der Augenklinik nach Hause sehnte, konnte eine eventuelle weitere Ausbreitung des Processes nicht mehr beobachtet werden. — Einige Pinselungen mit einer 1percentigen Sublimatlösung, sowie continuirliches Auflegen von Seifenläppchen schaffte in kurzer Zeit Heilung. Erwähnenswerth dünkt mich noch, dass besonders die üppige Entwicklung des Pilzes während einer mehrwöchentlichen Schmierkur auffallend erscheint und wir hierin ein Analogon zu der häufig zu beobachtenden Thatsache haben, dass auch die Mykosis versicolor unter der Inunctionskur bestehen bleibt.

## IV.

# Gumma des Augenlides.

Von

**Oscar Juliusburger,** pr. A.

Assistent der Klinik.

Die Zahl der bekannt gemachten syphilitischen Augenlidaffectionen ist im Ganzen eine noch so geringe, dass es wohl nicht unangebracht sein dürfte, die Literatur derselben, welche ich, soweit sie mir bekannt ist, in der Anmerkung zusammengestellt habe, um einen Fall zu vermehren, der im Vergleich mit den bisher veröffentlichten einen etwas eigenthümlichen Verlauf darbietet.

---

### Anmerkung.

### A. Primäre Lidgeschwüre.

Mackenzie: Traité pratique sur les maladies des yeux. Tome I.

Desmarres: Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris 1847. p. 156—161.

Ricord: Annales d'oculistique. Tome 24. p. 223.

Ricord: Lettres sur la syphilis. Paris 1881. p. 47.

Stellwag v. Carion: Die Ophtalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet. Band II., Abtheil. 2. Erlangen 1858. p. 954—957.

Vose Salomon: The Britisch Medical Journal 1853. p. 263.

Lawson, George: Lancet I. 1865.

Hirschler: Wiener med. Wochenschrift 1866, Nr. 72.

v. Wecker: Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Tome I. Paris 1867. p. 623.

Sturgis, F. R.: Americ. Journal of med. Sciences 1873.

Pflüger: Klinische Monatsblätter (Zehender 1876).

Carreras y Arago: Revista de medicina y Cerurgia practica Nr. 54.

Pflüger: Bericht der Berner Augenklinik 1877.

Zeissl: Allgemeine Wiener med. Zeitung 1877. Nr. 35, 36, 37.

Bull: Zur Syphilis der Augenlider. New-York med. Journal. 1878.

Die 42 Jahre alte Schuhmachersfrau Rosalie S. kam am 14. Juli dieses Jahres in die hiesige königl. Augenklinik wegen eines Geschwürs am rechten unteren Augenlide. Die daselbst und nachträglich auch von uns genau aufgenommene Anamnese ergab Folgendes:

Patientin, deren Mutter an Lungenschwindsucht starb, gibt an, in ihrer Kindheit an Scrophulosis gelitten zu haben, im Uebrigen aber bis auf ihr gegenwärtiges Leiden stets gesund gewesen zu sein. Sie ist mit ihrem Manne, welcher als Kind an Caries litt, sonst aber niemals und vor Allem nicht luetisch erkrankt gewesen sein soll, seit 14 Jahren verheiratet. Das älteste der dieser Ehe entstammenden

---

Subinski: Klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde. 1878 (Nagel).

Subinski: Klinische Monatsblätter 1879 (Zehender).

Hamande: Arch. med. belg. Brux. 1879.

Wiethe: Allgemeine Wiener med. Zeitung 1881.

Wherry: British med. Journal. London 1882. p. 120.

Richen: Gaz. des hôpitaux. Paris 1881, p. 620.

Snell:
Brudenell:
Fitzgerald:
Adams: } The British med. Journ. Dec. 1882.

## B. Gummata des Lides.

Mackenzie: Traité pratique sur les maladies des yeux. Tome I.

Hirschler: Wiener med. Wochenschrift 1866, Nr. 73 u. 74.

Galezowski: Journal d'Ophthalmologie 1872.

Dietlen H.: Casuistische Beiträge zur Syphilidologie des Auges. Erlanger Augenklinik 1876.

Hulke: Secondary syphilitic sore on the eyelid. Med. Times and Gaz. 53. p. 463. 1876.

Narkiewicz, Jodko: Beobachtung aus dem Augeninstitut in Warschau. Gazeta Lekarska 1878. Hirschberg's Centralblatt für Augenheilkunde 1879.

Wiethe: Beiträge zur Casuistik syphilitischer Lidaffectionen. Allgemeine Wiener med. Zeitung Nr. 23. 1881.

sieben Kinder ist 13 Jahre alt und völlig gesund; das zweite Kind starb im Alter von $^1/_2$ Jahr an Furunculosis; das dritte 11 Jahre alte Kind ist gesund, während das vierte Kind, 3 Wochen alt, an Krämpfen starb; das fünfte 10 Jahre alte, und das sechste 7 Jahre alte Kind sind am Leben; das siebente, erst vor 4 Jahren geborene starb 14 Tage alt an Brechdurchfall.

In den ersten Tagen des Juli bekam Patientin auf dem Rande des rechten unteren Augenlides in der Nähe des inneren Augenwinkels eine kleine rothe, Schmerzen verursachende Efflorescenz, welche sich bald in ein Eiter secernirendes Geschwür umwandelte.

Nach dem von dem Assistenten der genannten Klinik, Herrn Dr. Landmann gemachten Befunde war die Geschwürsfläche mit grauem schmutzigem Belag bedeckt und betrug der dem Lidrande parallele Durchmesser circa 4 Mm. Der Grund des Geschwürs, sowie eine circumscripte Partie der Umgebung waren infiltrirt; die äussere Haut war entsprechend dem Sitz des Geschwürs geröthet. Von Lues konnte nirgends etwas entdeckt werden. Nach Ansicht des Collegen L. war die Diagnose „aufgebrochenes Chalazion".

Am 18. stellte sich Patientin wieder vor. Eine am 14. mit dem Geschwürssecret vorgenommene Impfung hatte kein Resultat gehabt. Das Geschwür selbst hatte sich vergrössert und eine bedeutende Lymphadenitis am rechten Unterkieferwinkel war zu constatiren. Die Beschwerden, welche das Geschwür verursachte, waren die nämlichen, wie bei einem starken Katarrh. Bei der Inspection der Mundhöhle der Patientin fand sich auf der Innenfläche der unteren Lippe eine fleischige, glatte, wie ein Condylom aussehende Wucherung von weicher Consistenz; ebenso unter der Zunge an der linken Seite des Frenulum eine ganz ähnliche spitze Geschwulst. Die Patientin behauptete, dass derartige Gebilde immer mit dem Kindbett entstanden seien und gab ferner an, dass einmal am harten Gaumen dicht hinter den Zähnen ein Geschwür gesessen habe. Die Zähne der Kranken waren cariös und sehr defect. Die Behandlung bestand zunächst im Bestreuen des Geschwürs mit Jodoformpulver und dann in Anwendung von Emplastrum hydrargyri cinereum.

Am 29. Juli wurde uns die Pat. zugeführt und am 1. August in unsere Klinik aufgenommen.

Das Geschwür, welches ungefähr die Grösse eines Fünf-Pfennig-Stückes hatte, nahm zu dieser Zeit den freien Lidrand des unteren

Augenlides ein, und erstreckte sich auf einen Theil der Conjunctiva des betreffenden Lides. Der Grund des Geschwüres war speckig belegt, uneben und secernirte etwas Eiter; die Ränder zeigten sich wallartig und zerklüftet. Die Umgebung war nicht stark infiltrirt. Die gesammte Conjunctiva war entzündet und geschwollen; die Cilien fehlten an der Geschwürsstelle. Die Drüsen des Halses und zwar besonders diejenigen längs der rechten Unterkieferhälfte waren sehr stark geschwollen und von fast brettartiger Härte; dagegen hatte die Drüsenanschwellung am rechten Unterkiefergelenk die Grösse eines Taubeneies erreicht und fluctuirte etwas. Das Allgemeinbefinden der Kranken war ein gutes; ihr Aussehen, sowie die Untersuchung, besonders der Lungen, wiesen auf eine im Uebrigen gesunde Frau hin. An den Knochen waren nirgends Auftreibungen nachweisbar.

Nach den in der Anamnese gemachten Angaben, sowie dem objectiv gemachten Befunde, war es nicht leicht die Diagnose zu stellen, denn es konnte sich in diesem Falle einmal um ein tuberculöses, dann aber um ein primäres, respective gummöses luetisches Geschwür handeln.

Gegen die Annahme eines tuberculösen Geschwürs sprach zunächst der Umstand, dass sowohl die Anamnese, als auch eine genaue Untersuchung irgendwelche anderweitige auf Tuberculose hindeutende Momente ausschlossen; ausserdem bot das ganze Aussehen des Geschwürs selbst keinen Grund dar, an den so seltenen Fall eines tuberculösen Processes zu denken.

Weniger einfach war es, darüber zu entscheiden, ob das Geschwür primärer oder gummöser Natur sei.

Gegen ersteres sprach zunächst die Anamnese, nach welcher Patient jedwede Möglichkeit einer Infection in Abrede stellt; indessen hätte man ja annehmen können, dass Patientin, ohne es zu wissen, mit irgend einer an Lues leidenden Person in nähere Berührung gekommen sei und so sich inficirt habe. Ich will, um diese Möglichkeit durch ein Beispiel zu veranschaulichen, nur auf jene von Desmarres gemachte Mittheilung hinweisen, nach welcher ein Arzt dadurch ein primäres Geschwür am Augenlide bekam, dass der an Syphilis leidende Patient beim Touchiren einer luetischen Mundaffection jenem durch einen Hustenanfall etwas Secret ins Gesicht hustete.

Das Vorhandensein eines gummösen Geschwürs war auf Grund der anamnestischen Daten sowohl über die Patientin selbst, als auch

deren Kinder allerdings ebenfalls nicht mit Sicherheit anzunehmen; allein wie oft kann man nicht mit aller Bestimmtheit syphilitische Spätaffectionen an Personen constatiren, deren anamnestische Angaben auch nicht den geringsten Anhaltspunkt für ihr Leiden geben. Etwas weniger zweifelhaft hingegen wurde die Annahme eines Gumma dadurch, dass man jene früher vorhanden gewesenen Gaumenaffectionen, besonders das Geschwür am harten Gaumen, von denen oben die Rede war, für specifisch halten konnte.

Da nun das Geschwür immer mehr zerfiel und da man einerseits mit der einfachen Jodoformbehandlung nicht recht vorwärts kam, andererseits aber sich Klarheit über die Diagnose verschaffen musste, wurde Jodkali zu 2,5 Gr. pro die verordnet. Die erwähnte fluctuirende Geschwulst wurde mit Kataplasmen erweicht und am 6. incidirt, wobei sich eitrige Massen entleerten.

Nach auffallend kurzer Zeit, binnen zwei Tagen, begann nun das Geschwür sich zu reinigen und einen anderen Charakter anzunehmen; es zeigte auf seinem Grunde frische Granulationen und differenzirte in Bezug auf die Tiefe bald nicht mehr wesentlich mit der Umgebung; auch die Infiltration der Umgebung nahm immer mehr ab und an Stelle der früheren Derbheit trat eine nicht unbedeutende Weichheit ein.

Daraus konnte nun der Schluss gezogen werden, dass man es hier mit einem Primäraffect nicht zu thun hatte, wohl aber mit einem Gumma in Folge einer früher vorhanden gewesenen syphilitischen Erkrankung.

Der nun anscheinend normale Krankheitsverlauf wurde indessen dadurch unterbrochen, dass Patientin am Abend des 16., also am 18. Tage der Beobachtung einen heftigen Schüttelfrost mit darauffolgendem hohen Fieber und intensivem Kopfschmerz bekam, worauf 2 Stunden später sich auf der Brust ein deutliches, aber eigenthümliches, geradezu roseola-artiges Exanthem zeigte. Am nächsten Tage, an welchem die Fiebererscheinungen geschwunden waren und die Kranke sich wieder wohl befand, hatte sich das Exanthem über den ganzen Thorax verbreitet und ein etwas dunkleres, verwascheneres Colorit angenommen.

Wodurch war nun das Auftreten dieses Exanthems hervorgerufen? Dass man zunächst an den Gebrauch von Jodkali als die Ursache desselben dachte, war wohl nicht ganz unberechtigt, obgleich

die bisher beschriebenen Jodkali-Exantheme mehr den petechialen Charakter, nicht aber den einer einfachen roseola-artigen Hyperämie zeigten und obgleich ferner die geschilderte Eruption unter heftigen Fiebererscheinungen stattfand, was bei einem durch Jodkali erzeugten Exanthem fast nie der Fall ist. Bald sollte nun auch der weitere Krankheitsverlauf uns von dem zuerst gefassten irrigen Gedanken abbringen, denn trotz des Fortgebrauchs von Jodkali verschwand das Exanthem in nicht allzu langer Zeit und kam auch bei den späteren Verabreichungen des genannten Medicamentes nicht wieder zum Vorschein.

Es durfte daher die Annahme eines in einem späteren Stadium der Krankheit auftretenden, recidivirenden Exanthems gerechtfertigter erscheinen. Ich komme auf die Berechtigung dieser Annahme später noch einmal zurück.

Es wurde jetzt eine Inunctionskur vorgenommen.

Am 18. zeigte sich von der Gingiva der vorderen Partie des harten Gaumens ausgehend eine sich ziemlich weich anfühlende, ungefähr haselnussgrosse Geschwulst, welche allmälich die Grösse eines Taubeneies erreichte, nach einigen Tagen sich von selbst öffnete und eitrige mit Blut untermischte Massen entleerte.

Nachdem Patientin im Ganzen 17 Einreibungen gemacht und 25 Gr. Jodkali getrunken hatte, war das Exanthem geschwunden, das Geschwür am Auge verheilt und am Gaumen nur noch eine kleine Narbe bemerkbar, so dass die Kranke als vorläufig geheilt entlassen werden konnte.

Bis zum 14. October blieb Frau S. gesund. An diesem Tage bemerkte sie jedoch an und unterhalb der Stelle des früheren Lidgeschwüres, sowie an der äusseren Grenze des unteren rechten Augenlides je eine rothe Efflorescenz. Aus diesen Efflorescenzen entwickelten sich bald Geschwüre mit wallartigen, etwas unterminirten Rändern und eitrig belegtem Grunde. Die entsprechende Conjunctiva war stark geröthet und sammtartig gelockert. Wenige Tage darauf bildeten sich je ein ungefähr Fünfzig-Pfennig-Stück-grosses Geschwür am äusseren Rande des linken Schulterblattes dicht unter der Achselhöhle und im oberen Drittel der Aussenseite des linken Oberschenkels. Beide Geschwüre eiterten stark, hatten unterminirte, über das Niveau hervorragende, derbe, stark geröthete Ränder und machten ganz den Eindruck von ulcerirten Gummata; ihre Umgebung war nicht sehr stark infiltrirt. Die

Inguinaldrüsen und Cubitaldrüsen waren sehr, die Achseldrüsen weniger deutlich fühlbar. Die Haut bot keine Besonderheiten dar. Die Kranke, welche etwas blass aussah, befand sich im Allgemeinen wohl und klagte nur über geringen Kopfschmerz.

Es wurde auch diesmal wieder eine Einreibungskur angeordnet und die Geschwüre mit Jodoformpulver behandelt.

Nach 3 Wochen waren die letzteren verheilt und Pat., welche inzwischen 20 Einreibungen gemacht hatte, wurde mit dem Rathe, einige Zeit lang Jodkali, 3 Gr. pro die zu brauchen, aus der Behandlung entlassen.

Vom Tage der Entlassung bis zum 8. November, während welcher Zeit Jodkali gebraucht wurde, hatte Frau S. über Nichts zu klagen. Da traten plötzlich beim Sprechen und Schlingen Schmerzen im Mund und Hals auf; zugleich fand sich heftiger Kopfschmerz besonders des Nachts und ein grosses Hitzegefühl ein, welch letzteres erst nach fast 14 Tagen aufhörte. In der Nacht vom 17. zum 18. wurden die Schmerzen immer intensiver, strahlten nach den tiefer gelegenen Pharynxpartien aus und konnten nur durch Schlucken von Eisstückchen etwas gelindert werden. Mein College Dr. Arning, dessen Hilfe von der Kranken in Anspruch genommen wurde, hatte bei dem Mangel jeglichen fibrinösen Belags den Verdacht auf ganz frische gummöse Infiltrationen nicht ganz ausgeschlossen und verordnete der Patientin sofort grössere Dosen von Jodkali. Die Kranke liess sich im Spital aufnehmen, wo die Untersuchung Folgendes ergab:

Auf dem linken vorderen Gaumenbogen, sowie auf der hinteren Pharynxwand je ein erbsengrosses, nicht sehr tiefes Geschwür mit scharfen Rändern und belegtem Grunde; starke Pharyngitis und Tonsillitis. Die Conjunctiva des rechten unteren Augenlides war sammtartig geschwollen und stark entzündet; an der Stelle des früheren Geschwürs sah man einen gelblich-weisslichen Defect der Schleimhaut; die Cilien fehlten an der betreffenden Stelle völlig. Auf dem Lidrande selbst, in der Nähe des inneren Augenwinkels befand sich eine erbsengrosse, schon in Verschwinden begriffene papulöse Efflorescenz. Die Kranke sah sehr blass und abgemagert aus, klagte jedoch nur über Appetitlosigkeit.

Es wurden täglich 4 Gr. Jodkali gegeben und nochmals eine Inunctionskur angeordnet.

Nach 8 Tagen waren die Geschwüre verheilt und die Kranke verliess, nachdem sie 12 Einreibungen gemacht hatte, geheilt die Anstalt. Ich sah sie vor kurzer Zeit wieder und fand sie völlig gesund und sehr wohl aussehend.

Fassen wir nun die Hauptmomente des eben geschilderten Krankheitsbildes noch einmal kurz zusammen, so wird sich Folgendes ergeben:

Erstens wird die Diagnose eines gummösen Geschwürs sicher als gerechtfertigt erscheinen. Die Anamnese konnte zwar die Annahme eines Gumma wohl einigermassen rechtfertigen; jedoch erst der weitere Krankheitsverlauf hat die Richtigkeit der Diagnose, wie mir scheint in unanfechtbarer Weise festgestellt.

Das Auftreten sowohl neuer Geschwüre am Lide, als auch das der luetischen Geschwüre an der Schulter und dem Oberschenkel und ebenso der mit Bestimmtheit als luetisch erkannten Affectionen am harten Gaumen und am Pharynx, schliesslich der therapeutische Erfolg lassen jeden Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose schwinden.

Was zweitens das erwähnte Auftreten des roseola-artigen Exanthems betrifft, so haben wir schon oben unsere Ansicht dahin ausgesprochen, dass dasselbe nicht von dem Jodkali-Gebrauch herrühre, sondern ein recidivirendes maculöses Exanthem sei, zumal da andere Exanthem-Formen, wie Masern etc. gänzlich auszuschliessen waren. Es wäre wohl dann für unsere Annahme die Erklärung nicht von der Hand zu weisen, dass von irgend einem, jahrelang verschlossen gebliebenen Giftherde aus, vielleicht aus der am Ohre befindlich gewesenen und erweichten Drüse von Neuem Virus in die Blutbahn gelangt und so das Exanthem hervorgerufen sei. Denn dass zur Zeit überhaupt eine lebhaftere Action seitens des Giftes vorhanden war, geht schon aus der Menge der schnell hintereinander aufgetretenen ulcerösen Formen hervor.

Ist unsere Annahme auch nicht mit Sicherheit zu erweisen, so steht sie doch keineswegs im Widerspruch mit den Vorstellungen, welche wir über den Verbleib des syphilitischen Virus im Körper haben. Wir nehmen mit Virchow an, dass das Gift in irgend welchen Organen, am wahrscheinlichsten wohl in den Lymphdrüsen jahrelang verharren könnte. Je nach der Menge des Giftes nun, und je nach der Acuität, mit welcher dasselbe später in den Organismus wieder hineingeschleudert wird, werden bald vereinzelte

„gummöse“ Gebilde entstehen, bald aber jene disseminirten auf minimale Giftmengen zurückzuführenden Eruptionen roseola-artigen Charakters. Diese Annahme entspricht meinem Erachten nach der Beobachtung, dass im Verlauf eines klein-papulösen Syphilides im zweiten Jahre der Erkrankung eine Roseola auftreten kann, oder der, dass bei einer anderen Infectionskrankheit, der Tuberculose, eine acute Miliartuberculose einer bisher localisirten Organerkrankung sich anschliesst.

---

## V.

# Gummata perforantia ossis frontis.

Von

**Oscar Juliusburger,** pr. A.

Assistent der Klinik.

Der 35 Jahre alte Gärtner Friedrich M. gibt an, im Jahre 1860 an Lues gelitten zu haben. Die Behandlung bestand in dem Gebrauch von circa 20 Schachteln Sublimat- (?) Pillen à 30—40 Stück.

Bis zum Jahre 1878 war M. gesund. Zu dieser Zeit entstand auf der linken Stirnfläche ein Gumma von der Grösse eines Taubeneies, welches vor 2 Jahren exulcerirte und immer tiefer frass, bis es seine jetzige Tiefe erreicht hat.

Zwei Jahre darauf entstand auf der rechten Stirnhälfte ein über Haselnuss-grosses Gumma, welches vor einem Jahre zu exulceriren begann.

Beide Gummata eiterten stets sehr stark und wurden bis zum heutigen Tage nur mit Carbolwasserverbänden behandelt. Die mit dem Auftreten der Gummata sich einstellenden Kopfschmerzen waren sehr heftig und liessen nur manchmal auf kurze Zeit etwas nach. Schmerzhafte Affectionen an anderen Knochen hat Patient nie wahrgenommen. In diesem Frühjahr fand sich ein exulcerirendes Geschwür am linken oberen Augenlide ein.

Eine genauere Untersuchung des Kranken, welcher sich am 10. December auf unsere Klinik aufnehmen liess, ergab Folgendes:

Mässig kräftig gebauter Mann, dessen sichtbare Schleimhäute blass sind.

Beide Claviculae sind an ihren inneren zwei Dritteln stark aufgetrieben.

Ungefähr 1 Ctm. über der Nasenwurzel in der Mitte der Stirn und deren Mittellinie entsprechend eine ungefähr klein-taubenei-grosse, sich weich anfühlende und nicht viel über das Niveau emporragende Geschwulst mit leicht gerötheter Haut.

Etwa 2 Ctm. über der Mitte des rechten oberen Orbital-Randes befindet sich ein eiförmiger, mit der Spitze nach unten gekehrter, ungefähr 2 Ctm. langer und $1^1/_2$ Ctm. breiter Defect, dessen Grund die mit Granulationen bedeckte Dura mater bildet. Die Ränder der durchbrochenen Haut sind nach innen geschlagen und an dem ebenfalls durchbrochenen Stirnknochen angeheftet. Der Rand des betreffenden Defectes im Os frontale wird gebildet von einem grünlich schwarz gefärbten, unregelmässig gezackten, an einzelnen Stellen ganz schwarz aussehenden Knochensaume, welcher sich nicht morsch anfühlt. Links oben und innen gelangt man mit der Sonde in einen kleinen, etwa $^3/_4$ Ctm. langen Gang zwischen Knochen und Dura mater. Letztere sieht man deutlich pulsiren. Schmerzhaftigkeit ist nirgends, weder in noch um den Defect herum, zu constatiren.

Ungefähr $2^1/_2$—3 Ctm. über der inneren Hälfte des linken Orbitalrandes findet sich ein zweiter, etwa Zwei-Mark-Stück-grosser Defect, welcher ebenfalls die Haut, und zum Theil den Knochen durchbrochen hat. Letzterer, nur noch an der äusseren Hälfte des Defectes sichtbar, ist in seinen unteren Partien livid-schwarz, in seinen oberen mehr grünlich-gelb verfärbt. Keine Schmerzhaftigkeit bei Berührung der eben beschriebenen erkrankten Knochentheile, welche nicht spröde sind.

Die innere Hälfte ist hellrosaroth verfärbt und mit einem sehr dünnen Narbenhäutchen bedeckt, in welches der eingebogene Rand der Haut übergeht. Die Berührung desselben, welches eine Ueberlagerung von Knochen zu bilden scheint, verursacht keine Schmerzen. Am äusseren Rande ist die den Knochen hier anhaftende Haut leicht geröthet und auf Druck schmerzhaft. Die Dura mater sieht man überall, soweit sie vom Knochen entblösst liegt, deutlich pulsiren.

Ungefähr 3 Ctm. nach oben links und aussen davon ein etwa haselnussgrosses, ebenfalls nicht sehr über das Niveau prominirendes, ziemlich weiches Gumma, welches erst einige Wochen besteht.

Am äusseren Theile des linken oberen stark gerötheten Augenlides befindet sich eine tief eingezogene Narbe, welche von einem Geschwür herrührt.

Die Drüsen des Kopfes und Halses sind fast gar nicht fühlbar.

Die Schleimhäute des Mundes, Rachens und der Nase sind völlig intact. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist ein sehr gutes.

Was die Behandlung anbetrifft, so bekommt Patient 4 Gr. Jodkali pro die und wird mit Inunctionen — 3 Gr. pro die — behandelt.

Nach einer fast dreiwöchentlichen Kur, während welcher Pat. 32 Gr. Jodkali gebraucht und 10 Einreibungen gemacht hat, sind die beiden gummösen Anschwellungen auf dem linken Scheitelbein, respective über der Nasenwurzel gänzlich geschwunden. In den beiden Knochendefecten beginnen sich einzelne Theile des oben beschriebenen Knochensaumes abzustossen; die Ueberhäutung geht, wenn auch etwas langsam, gut von statten.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

## Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

# Dermatologie.

## Anatomie, allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

1. **Unna.** Histologische Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds. (Monatsh. f. prakt. Derm. II. 1, 1883.)
2. **Unna.** Die Nervenendigung in der menschlichen Haut. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 8, 1882.)
3. **Kaposi.** Indicationen und Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Naphtol. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 30 und 31, 1882.)

4, 5. **Unna** und **Schröter.** Ueber Ichthyol. (Monatshefte für prakt. Dermatologie Nr. 11 und 12, 1882.)

6. **Pick.** Die therapeutische Verwendung arzneihaltiger Gelatine bei Hautkrankheiten. (Monatsschr. f. prakt. Dermatologie Nr. 2, 1883.)
7. **Unna** u. **Beiersdorf.** Leimglycerin als Constituens in der Dermatotherapie. — Gelatinae glycerinatae medicatae. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 2, 1883.)
8. **Napier.** Ueber die innerliche Anwendung von Chrysophansäure bei Psoriasis. (The Lancet, 20. Mai 1882, p. 817.)

Unna (**1**) benützte das Wasserstoffsuperoxyd bereits seit geraumer Zeit zur Untersuchung der Haare, welche ja bekanntlich mittelst kaustischer oder kohlensaurer Alkalien und Glycerin, selten noch mittelst der früher häufig gebrauchten concentrirten Mineralsäuren vorgenommen zu werden pflegt. Kein einziges dieser Reagentien kann sich bei gleichzeitiger Schonung der Gewebe an Aufhellungskraft mit dem Wasserstoffsuperoxyd messen. Dasselbe ist freilich auch kein indifferenter Körper für alle Gewebe; manche quellen bei Berührung mit dem activen Sauerstoff auf, während sie sich blendend weiss fär-

ben. Für die Horngewebe kommt dieser Factor jedoch gar nicht in Betracht und für andere Gewebe ist er immer noch geringer als der anderer, im gleichen Grade pigmentzerstörender Mittel (Chlor). Sämmtliche in den Hornstoffen vorkommenden Pigmente lösen sich allmälich im Wasserstoffsuperoxyd zu farblosen O-Verbindungen und soweit U.'s Erfahrungen reichen, auch (ausser Kohlenstoff) sämmtliche Pigmente der übrigen Gewebe, nur mit verschiedenem Grade der Leichtigkeit.

Dem Wasserstoffsuperoxyd steht deshalb auch noch eine grosse Zukunft für die Untersuchung der pigmentirten Organe und Geschwülste bevor, sowohl was die Pigmente selbst betrifft, (verschiedene Widerstandsfähigkeit) wie in Betreff der pigmentirten Gewebe nach der Pigmentzerstörung. Auch die nicht geradezu pigmentirten Organtheile werden durch Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd heller, durchsichtiger und lassen manche Structurverhältnisse klarer hervortreten. Ebenso wie mit den thierischen Zellen ist es mit den pflanzlichen, weshalb dieses Reagens auch mit Nutzen beim Studium der Pilzkrankheiten zu gebrauchen ist. Immer ist Auswaschen und Schütteln nach der Aufhellung nöthig, um die anhängenden Luftblasen zu entfernen, wobei eventuell noch Alkohol und Aether mit zu Hilfe genommen werden können.

Nicht ohne Bedeutung ist es, dass wir in dem Wasserstoffsuperoxyd, wie Vf. gefunden hatte, zum ersten Male ein Entfärbungsmittel für Ueberosmiumsäure- und Chromsäurepräparate besitzen und das stärkste für Hämatoxylinpräparate. Die schwarze Osmiumfärbung verschwindet sowohl bei ganzen Stücken wie bei Schnitten, welche man einige Stunden in Wasserstoffsuperoxyd legt, vollständig; man hat daher jetzt hier auch die Möglichkeit, die Auswahl des Färbemittels durch Ueberfärben und Entfärben zu erleichtern. In Chromsäure gehärtete Stücke nehmen in Wasserstoffsuperoxyd an der Oberfläche sofort eine grünspanähnliche, hellgrüne Färbung an, welche jedoch nicht weit ins Gewebe hineinreicht. Die gelbbraune Farbe der Chromsäurepräparate rührt bekanntlich von niedergeschlagenem Chromsäurechromoxyd her, welches als ein früher sogenanntes „Ozonid" durch Wasserstoffsuperoxyd nicht oxydirt, sondern im Gegentheil reducirt wird; daher die grüne Farbe des Chromoxyds. Man muss also zur vollständigen Aufhellung die Präparate hier erst in Schnitte zerlegen, und diese nehmen alsdann in unserem Reagens zunächst rasch eine grüne Farbe an, entfärben sich dann aber langsam vollständig. Was hier

vorgeht, ist noch nicht ganz klar; U. scheint es am richtigsten, anzunehmen, dass nach völliger Umwandlung alles Chroms in Oxyd der ganze noch nicht verbrauchte O dazu verwandt wird, allmälich das Oxyd in Chromsäure zu verwandeln, die im gleichen Masse, wie sie sich bildet, ausgewaschen wird. Die so weissgewaschenen Schnitte lassen sich vortrefflich färben.

Die Ueberfärbung mittelst Hämatoxylin ist von Bedeutung bei dem Nachweis schwer tingibler Kernreste (z. B. beim Studium der Coagulationsnekrose). Man kann zuweilen nach zu langer oder energischer Einwirkung des Hämatoxylins dasselbe durch Eisessig nicht mehr extrahiren; durch Wasserstoffsuperoxyd ist das alsdann immer noch möglich.

Gold- und Silberniederschläge lassen sich dagegen durch Wasserstoffsuperoxyd leider nicht in Oxyde verwandeln, wie man ja auch Höllensteinflecke bekanntlich nicht damit entfernen kann. Frische Goldchloridschnitte werden im Gegentheile dadurch augenblicklich vollständig reducirt. Auf alte Gold- und Silberpräparate hat trotzdem, wie es scheint, das Wasserstoffsuperoxyd einen gewissen, schwachen Einfluss; die Präparate werden klarer. Vielleicht beruht dies jedoch nicht auf einer Einwirkung auf bestimmte Formen des niedergeschlagenen Metalls, sondern auf der Aufhellung, resp. Aufquellung der zu Grunde liegenden Gewebe.

Ueber die therapeutische Verwendung des Wasserstoff- und Bariumsuperoxyds wird Vf. demnächst berichten.

Pfitzner hatte vor etwa einem Jahre (Morph. Jahrb. VII. Bd.) von der Frosch- und Salamanderlarve in einer bestimmten Entwickelungsperiode der Epidermis marklose Nervenfäden beschrieben, welche stets zu zweien in eine Stachelzelle eintraten und mit knopfförmiger Anschwellung im Protoplasma an der Seite des Kernes endigten.

Unna fand nun (2) durch Zufall eine Methode, welche diese Pfitzner'schen Endigungen als die normale Endigungsweise in der menschlichen Oberhaut in überraschender Klarheit erscheinen lässt. Vf. hatte ganz frische, eben exstirpirte Stücke einer männlichen Vorhaut in ausgiebigster Weise durch successive Anwendung des Aetherprays, dann des Aethers und Alkohols entfettet, um die Einwirkung der Osmiumsäure auf entfettete Hornschicht zu untersuchen, und fand nun an den einige Stunden lang mit halbprocentiger Osmiumsäure

behandelten Hautstücken auf jedem Schnitte sämmtliche Stachelzellen ausgestattet mit zwei, von Osmium leicht geschwärzten, marklosen Nervenfäden, welche von verschiedenen Seiten kommend sich regelmässig dicht an den Kern anlegten, ohne selbst in diesen ein- oder mit einander in Berührung zu treten.

An den so behandelten Hautstücken sind durch die Entfettung sämmtliche markhaltige Nervenfasern des Corium undeutlich geworden (durch Auflösung des Marks), durch dieselbe Procedur sind aber auch die Epithelzellen der normaler Weise die Haut der Menschen und der Säugethiere durchsetzenden fettigen Produkte beraubt und dadurch viel heller und durchsichtiger geworden.

Es ergibt sich beim Studium der entfetteten Osmiumpräparate, dass die bisherigen Angaben über das Eintreten markloser Nervenfäden in die interspinalen Räume der Stachelschicht wohlbegründet waren. An nicht entfetteten Osmium- und an Goldpräparaten nimmt man bekanntlich wahr, dass an dem oberflächlichen, subepithelialen Nervennetze theils längere, markhaltige Aeste aufsteigen, welche sich zu den Tastkörperchen begeben, theils kürzere, markhaltige, welche alsbald, noch ausserhalb der Epithelgrenze, in feinste, marklose Fäden zerfallen. Diese Fädchen endigen zum Theil schon subepithelial im Bindegewebe mit sehr kleinen Anschwellungen, und zwar einerseits frei im Gewebe, andererseits — wovon Vf. sich an entfetteten Präparaten aufs bestimmteste überzeugte — an den Endothelien der Blutgefässe, speciell den Capillaren der Papillen. Es ziehen zwei sehr feine, lange Fädchen gestreckt über die Innenseite einer jeden Endothelzelle und enden mit feinen Knöpfchen in dem Protoplasma der Zellen auf dem Kerne oder neben demselben. Die Innenseite der Capillaren wird also von einem Nervenbaume bedeckt, welcher zwei Aeste an jede Endothelzelle abgibt.

Das feine, marklose Nervennetz, welches sich zwischen dem oberflächlichen, markhaltigen Netze und dem Epithel verzweigt, tritt mit zahllosen feinen Aesten in das Epithel ein auf dem Wege der Zwischenstachelräume. Dieselben ziehen in ziemlich gestrecktem Laufe gegen die Hornschicht, aber niemals die Zellen durchbohrend, immer innerhalb der vorgebahnten Lymphräume des Epithels. Auf diesem Wege geben sie nun Nebenäste von ungefähr dem gleichen Kaliber wie die Hauptäste an sämmtliche Stachelzellen ab, welche deren Protoplasma durchbohren und zwischen diesem und dem Kerne, seltener

bereits im Protoplasma mit kugelförmigen oder ovalen Knöpfchen enden. Niemals tritt eine Endfaser in den Kern selbst ein und niemals hängen zwei Nervenenden, welche in eine Zelle eintreten, an einem Aestchen wie etwa zwei Kirschen an einem Stiele, sondern stets geben zwei verschiedene Nervenäste einer Zelle meist auch von verschiedenen Seiten die ihr zukommenden, weil stets vorhandenen, beiden Endäste.

Was die Structur der intraepithelialen Aeste anlangt, so verhalten sich die Haupt-, Seiten- und Endäste ganz gleich. Alle haben ungefähr dasselbe, an der Grenze der Messbarkeit stehende Kaliber. Innerhalb der epithelialen Hautgebilde hat Vf. die paarigen Endknöpfchen bis jetzt an folgenden Stellen constatirt: Zunächst in der ganzen Stachelschicht bis in die Körnerschicht hinein; dagegen nicht mehr in der Hornschicht. Dann in der ganzen Länge der Knäueldrüsen, sowohl im Ausführungsgange wie in den Knäueln selbst, wo bisher noch keine Nerven in die Zellen verfolgt waren. Endlich in der ganzen Ausdehnung der äusseren Wurzelscheide des Haares. Vf. hat dieselben beim Erwachsenen und beim Neugeborenen (freilich hier nur dürftig an Alkoholpräparaten) gefunden.

Ausser den Endknöpfchen, welche sich innerhalb der Zellen befinden, kommen vereinzelt auch solche zwischen den Stachelzellen vor.

Aus diesen Mittheilungen geht hervor, dass die von Ranvier und in besonderer Reichhaltigkeit bereits von E. Fischer (mittelst Ueber- und Cyankaliumfärbung) dargestellten vergoldeten Nervenbäumchen der Oberhaut völlig das Richtige treffen, soweit sie nur den intermediären Verlauf der Nerven skizziren, wenn sie auch von dem wahren Nervenreichthum noch keinen richtigen Begriff geben. Aber für völlig verfehlt muss Vf. die Angabe Ranvier's bezeichnen, dass diese Aeste hier zum Theil in reihenweis gestellte Körnchen übergehend endigen sollen. Diese Körnerreihen, die Ranvier'schen Nervenenden, entsprechen nach Unna genau den letzten Saftlücken zwischen den Hornzellen, die rankenförmigen Spitzen den etwas tiefer liegenden blinden Enden der Interspinalräume in der Körnerschicht, welche bei vollständiger Lymphinjection statt dessen geschlossene Netze darstellen.

Das Eigenthümlichste an den Nervenendknöpfchen ist ihr paariges Zusammentreten, ebenso charakteristisch für die Morphologie wie bedeutsam und räthselhaft für die zukünftige Physiologie der peripheren

Nerven. Sie sind nicht einfach passive Einlagerungen zwischen die epithelialen Elemente, sondern treten in das Innere derselben ein und stempeln so die gesammte Oberhaut (nicht eine beschränkte Zahl von Oberhautzellen) zu einem Werkzeug des Nervensystems.

Kaposi (3) hat seit seiner ersten Arbeit über Naphtol (s. d. Vtljrschr. 1881 p. 503) das Mittel theils durch viele Tage, theils selbst durch mehrere Monate und über grosse Hautstrecken applicirt und auch bei jugendlichen Individuen nicht ein einziges Mal irgend einen üblen Zufall erlebt, mit Ausnahme unbedeutender örtlicher Irritationserscheinungen. Vf. hebt weiter hervor, dass die fettigen Lösungen des Naphtol (mit Oel oder festem Fette) selbst zu 15—20% und noch höherem Gehalte, wiederholt eingerieben oder selbst auf Leinwand gestrichen und niedergebunden, die normale Haut nicht oder kaum reizen; dass dagegen selbst eine 1%ige Salbe eine bereits entzündlich irritirte Hautpartie, insbesondere eine selbst nur im Stadium des Eczema squamosum befindliche Haut auch nur nach einmaliger Einreibung in acute Entzündung und in das Stadium des nässenden Ekzems zu versetzen vermag. Andererseits wirkt dasselbe schon in sehr schwacher alkoholischer Lösung zu $^1/_2$—1% auch auf die gesunde Haut sehr energisch. Nach zwei- bis dreimaliger Einpinselung ist die Haut noch unverändert, einmal mehr angewendet, trete dessen örtlich toxische Wirkung ein in Form eines den Applicationsrayon einrahmenden Erythema urticatum, das entweder fix bleibt und mit Bräunung und zartblätteriger Defurfuration endet, oder vorher noch eine Strecke weit in annulärer Form wandert. Bezüglich der allgemeinen Wirkung des Naphtol betont K. dessen massenhafte Resorption von der Haut und die Ausscheidung durch die Nieren. Diese Ausscheidung gibt sich durch eine weinmostähnliche Bräunung und Trübung des Harnes zu erkennen und ist von Mauthner im patholog.-chemischen Laboratorium des Prof. Ludwig sorgfältig studirt worden. Danach erscheint das Naphtol als gepaarte Schwefelsäure im Harne, als naphtol-schwefelsaures Kali (Med. Jahrbücher 1881, pag. 203). Aus demselben Laboratorium ist jüngst (Sitzungsber. der kaiserl. Akademie der Wissensch., LXXXV. pag. 975, 1882) von Lustgarten die von demselben gefundene Methode zum Nachweise des Naphtol im Harne mitgetheilt worden.

Circa 500 CC. des auf Naphtol zu untersuchenden Harnes wer-

den mit Salzsäure stark angesäuert und ungefähr die Hälfte derselben über Wasserdämpfen abdestillirt. Das Destillat wird mit Aether ausgeschüttelt, die ätherische Lösung getrennt, zur Trockne gebracht, der hiebei bleibende Rückstand wird in wenig starker Kalilauge gelöst, darauf gelinde erwärmt und mit einem Tropfen Chloroform, oder noch besser einigen Chloralhydratkrystallen versetzt. Es entsteht bei der Anwesenheit von Naphtol sogleich eine prächtige grünblaue Färbung. War der ätherische Abdampfrückstand stark gelb gefärbt, so ist die eintretende Färbung mehr grün. Ganz besonders schön gelingt die Reaction, wenn man den Rückstand der ätherischen Ausschüttelung in Alkohol löst, mit wenig Thierkohle versetzt, gelinde erwärmt, filtrirt und mit dem Trockenrückstand des Filtrates wie eben verfährt. Durch das Behandeln mit Thierkohle werden nämlich Farbstoffe und andere die Reaction störende Substanzen, wie Phenol und Kresol, eliminirt.

Wiederholte Untersuchungen lassen K. annehmen, dass, wie bei Application von Theer, Pyrogallussäure, die stürmische und massenhafteste Resorption und diuretische Excretion nur in der allerersten Zeit stattfindet, während in der Folge beide Vorgänge mehr successiv und daher auch ohne sonderliche Belästigung des Organismus vor sich gehen, auch das Naphtol insbesondere während eines durch Wochen und Monate fortgesetzten Auftragens auf die Haut nicht continuirlich, sondern schubweise ausgeschieden wird. Doch müssen derartige Mittel im Allgemeinen mit Vorsicht gebraucht werden, von Anfang her nur in geringer Concentration und auf kleinere Hautstrecken gebracht, niemals aber, besonders bei jugendlichen Personen oder bei zartüberhäuteter oder gar streckenweise epidermisloser Haut auf einmal über den ganzen Körper eingerieben. Wenn auch das Naphtol noch mehr Achtsamkeit erheischt, als beispielsweise der Theer oder selbst die Pyrogallussäure, die man stets erst nach Erprobung an einzelnen Stellen bei einem Individuum universell einreibt, gewiss aber nie auf grosse Strecken, in Salbenform gestrichen, auflegen würde, so hat K. doch keinen Grund, vor dessen Anwendung irgendwie zu warnen, da er bei mehr als 1000 Kranken (710 Kranke von April 1881 bis März 1882 auf der Wiener Klinik) dasselbe ohne den geringsten Nachtheil angewendet habe.

Scabies. Die Formel für die Krätzsalbe lautet: Rp. Axungiae (oder Ung. emoll.) 100, Sapon. viridis 50, Naphtol 15, Cret. alb.

pulv. 10, Mf. Ung. DS. Salbe. Die Kranken werden, ohne vorher gebadet oder gewaschen zu werden, mit der vorgeschriebenen Salbe an den bekannten Localisationsstellen der Krätzmilbe energisch eingerieben, u. z. nur ein einziges Mal, hierauf mittelst Amylum eingepudert und zwischen Wolldecken gelegt. Reizungserscheinungen an der Haut in Form von fleckenweiser Röthung, Urticaria oder zerstreuten Ekzemknötchen fanden sich nach dieser Salbe allerdings auch, allein die genannten Reizerscheinungen kamen nur selten vor, hochgradige aber gar nie. Bei Säuglingen und jungen Kindern reducirt K. den Naphtolgehalt der Salbe auf 5%.

Ekzem. Beim selbstständigen Ekzem im Stadium squamosum, soll die Naphtolsalbe von $^1/_2$—1% ein bis zweimal des Tages dünn eingerieben, die Theerapplication ersetzen „können". Eine alkoholische Lösung von 0·25—0·50 auf 100 Spir. vin. gallicus einmal des Tages eingepinselt, pflege rasch das squamöse Stadium zu beenden. Auch bei chronischem Ekzem circumscripter Form mit Verdickung der Epidermis könne eine 2—5percentige Naphtolsalbe eingerieben werden. Bei Eczema crustosum des behaarten Kopfes sei mit gutem Erfolge Naphtolöl zu verwenden, und zwar Naphtol 1 auf 100 Ol. olivarum oder jecoris aselli, oder Ol. amygdal. mit oder ohne intercurrirende Waschung des Kopfes, sei es mit Spir. sapon. kalin. oder Naphtolseife oder Naphtolschwefelseife. Bei Eczema marginatum führe die Naphtolbehandlung meistens zum Ziele. Eine Lösung von 1 Naphtol auf 100 Alkohol, Glycerin 5, oder bei in Folge langjährigen Bestandes verdickter Haut eine cyklische Einpinselung von Ung. emoll. 50, Naphtol 2·50 wird empfohlen mit oder ohne Seife oder Schwefel.

Prurigo. Gegen Prurigo hat sich das Naphtol wirksamer erwiesen, als irgend eines der bisher gebräuchlichen Mittel. Vf. lässt allabendlich eine Salbe von 5 Naphtol auf 100 Ung. simplex (oder emoll.) auf die Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten und die Sacralgegend, wofern auch diese der Sitz von Prurigoknötchen war, dünn einreiben und einpudern. Nicht ein einziges Mal liess er ein Bad geben und konnte sich überzeugen, dass die stets überraschend schnelle Heilwirkung einzig dem Naphtol zuzuschreiben ist. Bei Kindern zwischen 2—7 Jahren modificirt K. die Behandlungsmethode in folgender Weise: Jeden oder jeden zweiten Abend wird ein lauwarmes Wannenbad gegeben, in welchem das Kind an den pruriginösen Hautpartien mit Naphtolschwefelseife energisch abgerieben und eine Stunde belassen

wird. Nachher wird mit Toiletteseife abgewaschen, abgetrocknet und eine 3percentige Naphtolsalbe eingerieben. Letzteres geschieht auch an jedem badefreien Abende. Gleich gut wie bei Prurigo wirke das Naphtol nach K. gegen Ichthyosis. In schwereren Fällen bewirkt man vorerst durch eine cyklische Einreibung von Sapo viridis 100, Naphtol 2 oder Ol. jecoris asell. 100, Naphtol 2 und intercurrirende Bäder mit Naphtolseifenwaschung eine mässigere Epidermisablösung, bevor man sich auf die Einreibung einer 5percentigen Salbe allein beschränkt. K. räth, nach 3 Wochen durch eine Woche statt Naphtolsalbe Ung. emoll. oder Ung. glycerini 100, Acid. bor. 5 gebrauchen zu lassen.

Psoriasis. Gegen Psoriasis wirkt eine 15percentige Naphtolsalbe ohne Vergleich weniger verlässlich als Chrysarobin oder Pyrogallussäure. In vielen Fällen lässt sie ganz im Stich, in manchen wirkt sie aber prompt.

Seborrhoea capillitii. Bei Seborrhoea capillitii ist zunächst die Erweichung der auflagernden Sebummassen mittelst Naphtolöl (1%) zu bewirken, nach deren Entfernung mittelst Seifenwaschung (Spir. sapon. alcalin., Naphtolseife) mit gutem Erfolge Naphtolalkohol, jedoch nie stärker als zu 0·25—0·50 : 100 und höchstens durch 5—7 Tage einzupinseln.

Bei Acne vulgaris, Acne rosacea, Sycosis und Lupus erythematosus hat K. von der cyklischen Application des Naphtol in Form von Naphtolseife, Naphtolschwefelseife, Naphtolschwefel-Alkoholpaste befriedigende Wirkungen erzielt. Auch bei Hyperidrosis der Flachhand und Fusssohle wurde in einzelnen Fällen durch „Naphtol 5, Alkohol 100, Glycerin 10, ein- bis zweimal täglich eingetupft und darauf Amylum oder Amyl. 100, Naphtolpulver 2 gestreut", Besserung und Heilung erzielt.

Herpes tonsurans in allen seinen Formen heilt prompt auf die geeignete Application von Naphtol. (1percentige alkoholische Lösung 4—6mal innerhalb 2—3 Tagen oder Naphtolschwefelpasta oder Schaum von Naphtolschwefelseife.)

Favus. Bei Favus des behaarten Kopfes werden die Massen mittelst Naphtolöl (1%) erweicht, mit Naphtolschwefelseife gewaschen und dann neben regelmässiger Entfernung der kranken Haare, Empinselungen mit Naphtolöl oder Waschungen mit Naphtolseife fortgesetzt. Filzläuse werden sicher getödtet durch die Einpinselung von Naphtol 5, Ol. oliv. 50.

Unter dem Namen Ichthyol hat Schröter (5) ein theerartig aussehendes Produkt der Destillation bituminöser Gesteine, welches sich bei Seefeld in Tirol vorfindet, viele Fischabdrücke enthält (daher der Name) und stark (10%) schwefelhältig ist, bekannt gemacht. Obgleich dem Aussehen nach theerartig, ähnelt das Ichthyol keinem der bekannten Holz- und Steinkohlentheerarten weder in dem ganz eigenthümlichen Geruche, noch in seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften. Dasselbe stellt eine Art Salbe von vaselinartiger Consistenz dar, die mit Wasser eine Emulsion eingeht, sich anderseits mit Vaseline und Oelen in jedem beliebigen Verhältniss mischen lässt und zum Theil in Aether, zum Theil in Alkokol, ganz in einem Gemische beider löslich ist. Uebrigens entzieht nur der Aether dem Ichthyol den Träger des eigenthümlichen Geruches; der alkoholische Extract riecht ganz anders. Das Ichthyol ist ein auf ganz bestimmte Weise hergestelltes Kunstprodukt und nichts weniger als ein einfach gereinigtes Naturprodukt, wie unsere Theersorten. Es entsteht aus den Destillationsprodukten des Gesteins erst durch eine energische Behandlung mit concentrirter Schwefelsäure. Die ersteren enthalten bereits 2—3% Schwefel, durch die letztere Procedur wird ein Produkt erzeugt, welches circa 10% Schwefel enthält. Ausserdem hat das so entstandene Ichtyol, wie es scheint, einen bedeutenden Sauerstoffgehalt angenommen, wie aus einer neuerlich vorgenommenen Elementaranalyse hervorgeht und auch mit der Thatsache harmonirt, dass während der Darstellung grosse Mengen schwefeliger Säure frei werden. Ausser dem S und O enthält das Ichthyol noch Kohlenstoff, Wasserstoff und verschwindende Mengen von Phosphor.

Nach Unna (4) ist das Ichthyol einer circa 10%igen Schwefelsalbe ähnlich zu erachten und der Schwefel darin so innig an die andern Stoffe gebunden, dass er bis jetzt nur unter Zerstörung des Ichthyols aus demselben abgeschieden werden konnte, sich also darin von unsern gebräuchlichen Schwefelpräparaten wesentlich unterscheidet.

Das Ichthyol wirkt bei äusserlicher Anwendung ausgezeichnet gegen Rheumatismus. Nach Unna's Versuchen ist dasselbe aber auch ein vortreffliches Mittel gegen Psoriasis u. z. ohne auch nach langer Anwendung Ekzem hervorzubringen. Ebenso bei Ekzem. Er zog für Erwachsene eine 50—40procentige Lösung in Vaseline oder Fett, für Kinder eine 10—2procentige derartige Lösung in Gebrauch. Als ganz besondere Vortheile des Ichthyols gegenüber anderen antieczematösen

Mitteln hebt U. hervor: Erstens wirkt das Ichthyol in hohem Grade schmerz- und jucken-lindernd, vereinigt also die guten Seiten der Hebra'schen und Wilson'schen Salbe einerseits und der Carbolsäure (resp. des Theers) anderseits.

Zweitens hat es vor allen andern schwefelhaltigen Mitteln den grossen Vorzug, dass es sich mit Blei- und Quecksilberpräparaten verbinden lässt, ohne die Abscheidung von Schwefelmetall hervorzurufen. Ein technischer Vortheil ist die Emulgirung des Ichthyols durch Wasser, weshalb es sehr leicht abzuwaschen ist. Ein Nachtheil, den man bis jetzt in den Kauf nehmen muss, ist allerdings, dass das Ichthyol einen neuen und nicht angenehmen Geruch zuführt.

Unna hebt schliesslich hervor, dass er einen Favusfall bei einem vierjährigen Kinde, welcher den ganzen Kopf einnahm, in drei Wochen mit dem Ichthyolspray und Ichthyolvaseline zur Heilung brachte, und dass bei der Acne rosacea das Ichthyol nach zwei Fällen viel wirksamer zu sein scheint, als die andern Schwefelpräparate. Innerlich hat er das Ichthyol bis jetzt nicht nehmen lassen. Herr Schröter hat öfters ein Gramm Ichthyol zu sich genommen und will danach vermehrte Darmperistaltik und regeren Appetit am andern Tage, sonst jedoch nichts Auffallendes bemerkt haben.

Pick hatte schon vor einigen Monaten im Verein deutscher Aerzte in Prag eine vorläufige Mittheilung gemacht über eine neue Application von Chrysarobin, mit Gelatine in verschiedenem Procentverhältnisse gemischt. Seit jener Zeit hat er dasselbe Verfahren noch auf andere Medicamente ausgedehnt und vielfach variirt und ist nun (6) in der Lage dasselbe als erprobt zu empfehlen.

Seine Methode besteht in Folgendem: Die käufliche, vollkommen reine, weisse Gelatine wird bis zum Verbleiben des doppelten Quantums destillirten Wassers im Wasserbade geschmolzen, und unter fortwährendem Umrühren der geschmolzenen Masse die gewünschte Menge des Medicamentes zugesetzt. Diese Mischung lässt man erkalten und erhält so einen Kuchen, welcher die Form des Schmelztiegels darbietet. Ein kleiner Theil des so dispensirten Kuchens wird nun von dem Kranken vor der Application in einem Gefässe, etwa einer Kaffeeschale, das in heisses Wasser gestellt wird, geschmolzen und mit einem Borstenpinsel auf die erkrankten Hautstellen dünn aufgestrichen. In kurzer Zeit erstarrt die Gelatineschicht, erweist sich jedoch als

spröde und muss, um die nöthige Geschmeidigkeit, namentlich in den Gelenken zu erhalten, und um nicht bei der Retraction, die mit der Vertrocknung verbunden ist, Zerrungen hervorzurufen, mit einem ganz geringen Quantum Glycerin bestrichen werden. — Die Formel für den Apotheker würde also folgendermassen lauten:

℞ Gelatinae albae siccae 50,0
Aquae dest. 100,0
Solve in balneo aquae et admisce
sub assidua agitatione
Chrysarobini 10,0
Miscellam sepone; refrigeratum
detur ad chartam ceratam. S.

Verf. hat in dieser Weise eine 5, 10—20procentige Chrysarobingelatine angewendet und überdies die in gleicher Weise bereitete Gelatine als Constituens für Salicylsäure, Carbolsäure, Pyrogallussäure, Jodoform, Naphtol in Verwendung genommen. In allen diesen Fällen, obwohl es sich nur um blosse Druckwirkung oder einfache Deckung gehandelt hat, hat Verf. der Gelatine etwas Salicylsäure hinzugesetzt, weil sie sonst leicht der Verschimmelung anheimfiel und unbrauchbar wurde. Da diese Druckwirkung auch bei solchen chronischen entzündlichen Dermatosen, die nicht mit Exsudation an die freie Oberfläche einhergehen und nicht der Eiterung anheimfallen, sich als zweckmässig erweist, so muss er einen Theil der Wirkungen, die er mit den Gelatinepräparaten erzielt hat, auf Rechnung dieser Druckwirkung setzen. Die Gelatine erweist sich ferner als vorzügliches reizloses Deck- und Schutzmittel und verhütet die Vertrocknung der jungen Epidermis.

Den häufigsten Gebrauch hat Verf. von der Chrysarobin- und Pyrogallolgelatine bei Psoriasis gemacht. Der Kranke wird zuerst im warmen Bade sorgfältig mit einer Kaliseife abgewaschen und sodann 10% Chrysarobingelatine an die psoriatischen Stellen eingepinselt. Nachdem die Eintrocknung erfolgt ist, werden die Flecke mit einem ganz geringen Quantum Glycerin bestrichen. Diese Procedur wird bei schwererer Form jeden zweiten Tag wiederholt, in leichten Fällen genügt es, dieselbe zwei- bis dreimal in der Woche anzuwenden. Man kann ohne jeden Nachtheil für den Kranken die Behandlung sofort über den ganzen Körper vornehmen lassen. Die Veränderungen, welche sich auf der Haut darbieten, bestehen zunächst darin, dass auf den

psoriatischen Stellen jede Schuppung aufhört, dass sodann die Infiltration der Haut abnimmt, um endlich gänzlich zu schwinden. Die psoriatischen Stellen werden dabei ganz weiss, während an ihrem Rande, entsprechend der zu weit aufgestrichenen Gelatine, die Haut violett gefärbt wird. Diese Farbenveränderung wird durch die Einwirkung des Alkalis der Hautsecrete auf das Chrysarobin bewirkt und bleibt dort aus, wo die Secretion darniederliegt oder doch mangelhaft ist, wie dies an den psoriatischen Stellen der Fall ist. Diese Verfärbung der Haut ist nicht mit der erythematösen Röthung zu verwechseln, die eben durch die Chrysarobingelatine stets verhütet wird. In ganz gleicher Weise kommt die Pyrogallolgelatine zur Verwendung. Die Chrysarobingelatine ist gelb gefärbt und gestattet erst dann einen Einblick auf die Veränderungen der psoriatischen Stellen, wenn sie von der Haut entfernt worden ist. Dagegen kann man bei der Pyrogallolgelatine, welche vollkommen durchsichtig ist, sich von den Veränderungen an der Haut vollständig überzeugen, ohne die Gelatine entfernen zu müssen, da sie vollkommen wasserklar, durchsichtig ist und die unterliegenden Hautstellen wie durch eine Glasbedeckung sichtbar erscheinen. Verf. verwendet sie in 10—20%iger Mischung.

Die Salicylgelatine wurde in 5—10%igem Verhältnisse bei chronischem Ekzem im squamösen Stadium angewendet; ebenso bei Erfrierungen, und ist von ganz besonderem Werthe bei Erfrierungen der Ohrmuscheln, der Nase und der Finger, wo sie gleichmässig auf alle Partien gestrichen einen gleichmässigen Druck nach allen Seiten ausübt und zur Rückbildung der Infiltration in rascher Weise führt.

Ganz besonderen, allerdings nur palliativen Erfolg hat Verf. mit der 10%igen Salicyl- und Carbolgelatine bei symptomatischem, aber auch bei idiopathischem Pruritus der Haut erzielt. Hier schwindet das Jucken sofort, sobald die Gelatine die Haut bedeckt, stellt sich aber wieder ein, wenn die Gelatine von der Hautoberfläche abgelöst wird. In allen Fällen ist es nothwendig, dass der Kranke die etwa durch Reibung der Kleider oder durch Bewegung der Gliedmassen abgelösten Gelatinschichten durch neue Bepinselung wieder ersetze, was leicht erfolgen kann, ohne dass es nothwendig wäre, alle Stellen neuerdings zu bepinseln, oder die blosgelegten abzuwaschen.

Unna und Beiersdorf (7) halten für die Pick'sche Gelatine folgende Medicamente geeignet:

1. alle flüchtigen Substanzen (Theer, Carbolsäure, Essigsäure, Sublimat, Jod, Jodoform, Kampher, Kampherchloral, Chrysarobin, Ichthyol, Balsame, gewisse narkotische Extracte);
2. solche feste Substanzen, deren oberflächliche Wirkung gewünscht wird (Zinkoxyd, Lithargyrum, Thonerde, essigsaure Thonerde, essigsaures und kohlensaures Blei, Jodblei, Salicylsäure, Schwefel, Arsenik, Pyrogallsäure).

Ihre Gallerten unterscheiden sich jedoch von jenen Pick's dadurch, dass ihnen Glycerin schon bei der Bereitung beigemischt ist.

Unna und Beiersdorf haben es für gut gehalten, sämmtlichen Leimgallerten einen gleichen und zwar sehr hohen Procentsatz von Gelatine, also für die meisten Leimgallerten den Gelatinegehalt = 5% zu geben. Leider kann man damit aber noch nicht allen Medicamenten gerecht werden, wie dem Sublimat, der Carbolsäure, den Theersorten, Balsamen etc. Um möglichst runde Zahlen zu erhalten und auf Grund des angegebenen Princips, dass ein zu hoher Leimgehalt am wenigsten in der Praxis schadet, haben sie für diese Stoffe den Gelatingehalt = 10% = 20% gewählt. Auf Grund dieser procentischen Beschränkungen erhält man, da auch die Medicamente sich ohne Nachtheil durchschnittlich mit 5, 10 oder 20% sehr gut verwenden lassen, bereits eine ziemlich übersichtliche Reihe, welche nur noch in den Rubriken für Wasser und Glycerin an das Gedächtniss eine kleine Anforderung stellt.

Die Verf. haben schliesslich in drei Tabellen die Verhältnisse des Medicaments zu Gelatin-Glycerin und Wasser zusammen gestellt. Für den Apotheker mögen die in diesen 3 Tabellen enthaltenen Mittelzahlen einen guten Wegweiser abgeben; für die Verschreibung des Arztes dürfen sie wohl ebenso überflüssig, als die den Tabellen beigegebenen Krankheits-Indicationen erscheinen.

Nach Napier (8) sind die Ansichten über die Wirkung der Chrysophansäure bei innerer Anwendung bisher noch unfertig. Während Schlossberger, Buchheim, Meykow und von Auer die abführende Wirkung bestreiten, wird diese von Schroff, Nothnagel, T. und H. Husemann behauptet und das Mittel von indischen Aerzten als Emeticopurgans angewendet, ja Ashburton hat es in mehr als 300 Fällen, und zwar bei Kindern zu gr. vj, bei Erwachseneu zu gr.

x—xv p. dos. gegeben und sicheren Erfolg beobachtet. Glaister (Glasgow Med. Journal, October 1881) hat von einer einzelnen Gabe von gr. jjj — verbunden mit ʒjj pulv. Jalap. comp. — sehr heftige Wirkung auf Magen, Darmkanal, Leber, Nieren und Blase gesehen. Trotzdem die ambulatorisch behandelten Kranken sich meist bald der Beobachtung entzogen, hat der Verf. doch an diesen ohne Ausnahme eine Besserung im Aussehen der Flecke constatirt. Dagegen sind die Erfolge, welche zwei in der Glasgow Med. Chir. Soc. 7. April d. J. vorgezeigte Fälle darboten, sehr günstige.

In dem ersten derselben — einen kräftigen gesund aussehenden Knaben von 16 Jahren betr., der seit seiner Genesung von einer vor zwei Monaten überstandenen Cholera nostras an typischer Psoriasis an Rumpf und Gliedern und an der behaarten Kopfhaut litt, die eine kurze Zeit mit Arsenik erfolglos behandelt war, — wurden gr. jjj mit ʒjj sacch. lact. in 24 Pulver dispensirt und nach jeder Mahlzeit ein Pulver gegeben. Danach zeigte sich schon ein Blasserwerden, geringere Abschuppung der Flecke und Abnahme des Juckens, dabei keine Einwirkung auf die gastro-intestinalen Functionen. Es wurden darauf 4 Gran, dann 6, 8, 10, 12, 16, 24, 36, 48 gegeben, wobei Pat. sich stets sehr wohl befand. Diese Steigerung fand im Lauf von einem Vierteljahr (! A.) statt, und dann war das Exanthem vollständig verschwunden. Um einem Rückfalle vorzubeugen, wurden nun noch 72 Gran auf 24 Pulver verordnet, welche aber Erbrechen und zeitweise Schmerzen im Magen und Unterleib hervorriefen. Erbrechen trat auch bei Ermässigung der Gabe auf 60 und selbst auf 24 ein, und wurde durch die Verbindung mit gr. j Extr. hyosc. p. dos. nicht verhindert. Erst beim Herabgehen auf gr. $^1/_2$ p. dos. verschwanden alle üblen Nebenwirkungen. Conjunctivitis, die ja bei äusserlicher Anwenwendung sehr häufig ist, stellte sich zu keiner Zeit ein; der Urin hatte öfters einen starken Geruch, Trübung, aber keine auffallende Farben-Veränderung. Fünf Monate nach Beginn der Kur war von dem Hautleiden nur noch eine schwache Andeutung in der höheren Blässe der Haut an den erkrankten Stellen zu entdecken. Der elfjährige Bruder dieses Kranken, bei dem das Exanthem nicht so verbreitet war, bekam von Anfang Gr. $^1/_3$, dann $^1/_2$ und so fort steigend bis Gr. $1^1/_2$; dann musste aber wegen eintretender Digestions-Störung auf gr. $^1/_4$ heruntergegangen werden, wobei sich das Exanthem sehr besserte. (Das Mittel ist innerlich offenbar total unwirksam gegen Psoriasis A.)

## Entzündungsprocesse der Haut.

9. **Fehleisen.** Die Aetiologie des Erysipels. (Berlin, Th. Fischer 1883. — Centralbl. f. Chir. X. Nr. 9, 1883.)
10. **Ziesing.** Die Blatternepidemie im Schlitzerland. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 44, 1882.)
11. **L. Wolberg** (Warschau). Eine Scharlach-Recidive. (Berl. klin. Wochnschr. Nr. 47, 1882.)
12. **L. Wolberg** (Warschau). Ein Fall von Variola-Morbilli. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1882.)
13. **Comanos** (Cairo). Ueber eine merkwürdige toxische Nebenwirkung des Morphium muriaticum. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 42, 1882.)
14. **Molbini.** Zur Frage der Morphium-Exantheme. (Zuschrift an die Redaction der Berl. klin. Wochschr. Nr. 46. 1882.)
15. **Oswald.** Eigenthümliche Erkrankung der Haut während der Schwangerschaft. (The Lancet 1882, 10. Juni, pag. 951.)
16. **Huet.** Erythema papulatum uraemicum. (Bundel, ingegeven bij gelegenheid van het 25 javig bertaan van het niederl. Tijdeskrift voor Geneeskunde. 1882.)

Seine früheren Untersuchungen (s. d. Vtljschr. 1882, p. 110, 513) vervollständigend, kommt Fehleisen (9) zu folgenden Resultaten: Bei Erysipelas finden sich die Lymphgefässe der erkrankten Haut sowohl, wie die des subcutanen Fettgewebes, besonders aber die der oberflächlichsten Schichten des Corium erfüllt mit einem kettenbildenden Mikrococcus. An Stellen, wo eine besonders massenhafte Entwicklung der Mikrococcen stattgefunden hat, liegen dieselben auch in den Lymphspalten und Saftkanälchen der Haut. Niemals aber dringen sie in die Blutgefässe ein. In den zuletzt befallenen Hautpartien zeigt sich noch nicht die Reaction der erkrankten Theile, die sich in den etwas früher befallenen als Quellung der Gewebe und kleinzellige Infiltration längs der mit Mikrococcen erfüllten Lymphgefässe kund thut und die sich auch noch nachweisen lässt, wenn die Mikrococcen schon wieder völlig verschwunden sind. Von Erysipelblasen enthalten manche nur klares Serum ohne jede Beimengung von Mikroorganismen, andere zeigen zwar Erysipelbacterien, aber daneben noch viele verschiedenartige andere Coccen und Bacillen. Bei den Erysipelasmikrococcen

ist es Vf. nun bekanntlich gelungen, Reinculturen in Fleischinfus-Gelatine zu züchten, was dann nach ihm auch Koch und Gaffky mit Glück wiederholt und mittelst deren sich die drei Forscher davon überzeugt haben, dass hierbei die Coccen des Erysipels Wachsthumsverhältnisse zeigen, welche sich scharf von den Wachsthumsverhältnissen der im Wundeiter, bei Pyämie, bei phlegmonösen Processen u. dgl. vorkommenden kettenbildenden Mikrococcen unterscheiden.

Mit den erzielten Reinculturen wurden zunächst Impfversuche an 9 Kaninchen gemacht, die nur bei einem der Thiere trotz mehrfachen Impfungen nicht anschlugen. Bei allen übrigen entwickelte sich, 36—48 Stunden nach der Infection beginnend, ein regelrechtes Erysipel mit den entsprechenden localen und Allgemeinerscheinungen und von 6—10tägiger Dauer. Ausgang stets in Heilung. Bei dem einen der Thiere wurde der Process dadurch unterbrochen, dass man, als derselbe von der Spitze des Ohres und bis etwas über dessen Mitte vorgeschritten war, das ganze Ohr mit dem Thermokauter amputirte. Nach 12 Stunden hatte dieses Thier wieder normale Temperatur, blieb auch gesund. Der mikroskopische Befund in dem Ohr entsprach völlig den beim Menschen gefundenen Resultaten. (Uebrigens werden einigermassen ähnliche Krankheitsprocesse bei Kaninchen auch noch durch andere Krankheitserreger hervorgerufen, die sicher manchen der früheren Experimentatoren getäuscht haben.) In Blutgefässen hat, wie schon erwähnt, F. die unbeweglichen Erysipelcoccen niemals auffinden können; eben so wenig aber auch in den an Lymphangitis erkrankten Lymphgefässen, in deren Inhalt sich zwar zahlreiche Bacterienformen nachweisen lassen, die aber, rein cultivirt, sich morphologisch alle sehr wesentlich von den Erysipelcoccen unterscheiden. Handelt es sich doch auch bei beiden Leiden um ganz verschiedene Vorgänge. Bei dem Erysipel ist die Entwicklung der Bacterien in den Lymphgefässen das Primäre, wuchern dieselben activ nach allen Seiten hin, verbreiten sich häufig sogar vorwiegend nach einer dem Lymphstrom entgegengesetzten Richtung; bei der Lymphangitis dagegen handelt es sich um die Aufnahme entzündungserregender Stoffe von einem primären bacteriellen Entzündungs- oder Eiterherd aus und deren mechanische Verschleppung mit dem Lymphstrom. Auch bei Phlegmonen hat F. nie einen Mikrococcen gefunden, der nicht wesentlich von dem des Erysipels verschieden war; daher er sich denn gegen Tillmann's Idee ausspricht, progrediente Phleg-

monen seien als tiefe Erysipele anzusehen. Dass die Rose contagiös übertragbar ist, unterliegt zur Zeit keinem Zweifel mehr — die gleich zu erwähnenden Thatsachen geben den sichersten Beweis dafür —; aber auch, dass die Erysipelasmikrococcen ausserhalb des menschlichen oder thierischen Körpers sich fortpflanzen (man kann sie auf Kartoffel künstlich züchten), lässt sich in Rücksicht auf das epidemische Auftreten der Gesichtsrose und andere Erfahrungen der Praxis nicht bezweifeln. Ja es gelingt nicht einmal leicht, ohne Reincultur ein Impferysipel zu erzeugen; daher denn auch die Gefahr einer Ansteckung durch Erysipelkranke in der That nicht sehr gross ist. Ist doch selbst der Inhalt der Erysipelasblasen nicht sehr infectiös, da er entweder gar keine oder nur abgestorbene Coccen zu enthalten pflegt.

Mit seinen Reinculturen hat nun F. Impfversuche an 7 Menschen gemacht, meist in der Absicht, bei ihnen inoperable Geschwülste durch das künstlich erzeugte Erysipel zur Rückbildung zu bringen. Aber nur bei 6 von ihnen schlug die Impfung an; der 7., der auf zweimalige Impfung nicht reagirte, litt an habituellem Erysipel und hatte zum letzten Mal vor 2—3 Monaten eine Gesichtsrose überstanden. Von den sechs erfolgreich Geimpften sind zwei mehrfach geimpft; bei dem einen schlug nur die erste Impfung (am 7. October) an, die späteren zwei (am 24. October und 7. November) blieben resultatlos. Eine zweite Kranke, welche im December 1881 ein Erysipel überstanden hatte, wurde am 8. October 1882 mit Erfolg geimpft; eine zweite, 33 Tage später vorgenommene Impfung schlug dagegen fehl. So scheint also auch bei dem Erysipel eine wenn auch nur kurz dauernde Immunität einzutreten. Die Incubationsdauer, gerechnet als die Zeit zwischen dem Moment der Impfung und dem Auftreten des initialen Frostes, der mit dem Erscheinen der Röthung zeitlich ziemlich genau zusammenfiel, schwankte zwischen 15 und 61 Stunden.

Von den geimpften Kranken litt ein Kranker an Fibrosarcom der linken Hinterbacke, ein Kind an dem Recidiv eines intraoculären Sarcoms, das früher zur Enucleation des Auges Veranlassung gegeben hatte. Dort schwanden einige oberflächliche Knoten und erlitt die Hauptmasse der Geschwulst eine unwesentliche Verkleinerung; hier trat in der Geschwulst keine Verkleinerung ein, schrumpften nur benachbarte Drüsenschwellungen um etwa die Hälfte ihrer Grösse.

Bei drei Kranken handelte es sich um Brustkrebs. Die eine derselben war schon dreimal operirt worden, zuletzt Ende 1880. Schon im Frühjahr 1881 waren in der Narbe wieder kleine Knoten aufgetreten und im September 1882 zu einem fest mit der Haut verwachsenen Tumor von 5—6 Ctm. Durchmesser herangewachsen, neben welchem sich noch mehrere bis haselnussgrosse Knötchen fühlen liessen. Am 15. September wurde Pat. geimpft, und schon am 23. waren alle Geschwulstknoten geschwunden; da wo früher der grössere Knoten die Haut halbkugelförmig gewölbt hatte, lag dieselbe jetzt der Thoraxwand glatt an. Bis zur Veröffentlichung der Arbeit ist dieses therapeutische Resultat ein vollkommenes geblieben. Die zweite Krebskranke zeigte ausser einem doppelt faustgrossen exulcerirten Tumor und einem ziemlich umfangreichen Drüsenpacket in der Achselhöhle eine reichliche Anzahl kleiner bis bohnengrosser Knötchen in geringerer und grösserer Entfernung von der primären Geschwulst. Von letzteren schwanden unter dem Erysipel einige vollständig, während andere unverändert blieben und die Hauptgeschwulst selber sich rasch auf die Hälfte ihres Volums verkleinerte, um zunächst so zu bleiben. Uebrigens hatte bei diesen beiden Pat. das Erysipelas sich mit Pleuritis complicirt. Bei der dritten Kranken handelte es sich um ein drittes Recidiv. Neun Tage nach der Impfung zeigte sich hier einer der Geschwulstknoten erweicht und fluctuirend; ein Einschnitt entleerte etwa 10 Cbcm. einer gelblichweissen, eiterähnlichen Flüssigkeit; nach drei Tagen war die Schnittwunde geschlossen; der Rest der Geschwulst erlitt keine Veränderung. Bei all diesen Fällen handelte es sich wie gesagt um inoperable Geschwülste. Endlich wurde eine Pat. mit Lupus im Gesicht geimpft, und durch das sich entwickelnde Erysipel das Leiden zum Schwinden gebracht bis auf wenige Knötchen, die dann ausgelöffelt wurden. Nach etwa $^1/_4$ Jahr kein Recidiv.

Schliesslich theilt Vf. die Resultate mit, welche er bei Versuchen über das Verhalten der Erysipelcoccen einigen Antisepticis gegenüber erlangt hat. Durch die 20 Secunden währende Einwirkung einer 3percentigen Carbollösung wurden die Culturen nicht beeinflusst, durch eine solche von 30 Secunden verzögert und gestört, von 45 gänzlich unterbrochen. Den letzten Erfolg erzielte eine Sublimatlösung ($1^0/_{00}$) schon nach Einwirkung von 10—15 Secunden Dauer. Diese Mittel werden also, richtig verwendet, wohl auch bei und nach einer Operation im Stande sein, eine Garantie gegen Infection durch Erysipelascoccen zu verhin-

dern. Uebrigens ist auf v. Bergmann's Klinik während der letzten neun Semester Rose unter dem antiseptischen Verbande auch nur 2mal vorgekommen, und dies wohl nur in Folge von Fehlern beim Verbandwechsel. Jodoform, das bekanntlich vor Erysipelas nicht schützt, sollte in Rücksicht hierauf nur da, wo der Occlusivverband nicht anzubringen ist, oder in Verbindung mit anderen Antisepticis zur Verwendung kommen.

Ziesing (**10**) konnte während einer kurzen, räumlich beschränkten und darum übersichtlichen Pockenepidemie die alte Erfahrung bestätigen, dass Vaccination ohne Revaccination für je 10—12 Jahre immer fast absoluten Schutz bewirke. Schwer erkrankten nur zwei ungeimpfte Säuglinge und von Geimpften nur Personen über 40 Jahre. Caspary.

Wolberg beobachtete (**11**) im Warschauer Bersohn-Baumann'schen Kinderspitale folgenden Fall von Scharlach-Recidive: 3 Tage nach der Entfieberung und einen Tag nach Beginn der Desquamation wurde unter Temperatursteigerung und neu beginnender Pharyngitis auf Brust, Bauch und theilweise oberen Extremitäten ein neues, aus kleinen, dunkelrothen, auf Fingerdruck erblassenden Punkten bestehendes Exanthem zwischen den Epidermisschuppen sichtbar. Allmälich verbreitete sich dieses zweite Exanthem ebenfalls auf den ganzen Körper; die rothen Flecke waren zwischen den Schuppen, wie auch unter denselben, nachdem man letztere abgeschabt, zu sehen. Nach mehrtägigem Bestehen verschwand das Exanthem unter Abschuppung, anfangs von den oberen Extremitäten und von der Brust, dann von den übrigen Körpertheilen. Der schliesslich ungünstige Ausgang (durch Lungenaffection) war nicht mit Sicherheit der Scarlatina des schon vorher kranken Kindes zuzuschreiben. Caspary.

Wolberg beobachtete (**12**) in demselben Hospitale bei einem 8jährigen Mädchen den Ausbruch von Masern am Tage nach dem Eintrocknen von mässig verbreiteten Variolapusteln. Günstiger Verlauf. Caspary.

Comanos schildert (**13**) einen interessanten Fall von Erythanthema toxicum (Auspitz) nach Morphiumgebrauch; interessant besonders, weil dieselbe Wirkung nach Injection und innerlichem Gebrauch, und eine immerhin noch ähnliche nach Anwendung von Mor-

phiumsalbe eintrat. Bei einem 55jährigen, an Ischias leidenden, sonst gesunden und kräftigen Manne war nach Injection wie nach innerlichem Gebrauch von je 0,02 Morph. mur., 24 Stunden später unter subjectiven Fiebererscheinungen, geringer Erhöhung der Temperatur (38,5 und 38° C.) eine scharlachähnliche Röthe über den ganzen Körper ausgebrochen, die mehrere Tage anhielt und mit Desquamation endete. Bei einem dritten Schmerzanfalle wurde Morphiumsalbe dreimal täglich längs des kranken Ischiadicus verrieben; am 5. Tage nach Verbrauch von 0,5 Morphium wurde das Bein stark roth, und es bildeten sich an der Einreibungsstelle kleine Pustelchen und Bläschen — ähnlich denen des Eczema mercuriale. Es traten noch 3 Furunkel an der entsprechenden Hinterbacke auf, die Röthe des Beines zog sich aufwärts, überlief den Rücken und endigte daselbst unter hohem Fieber mit Bildung eines grossen Carbunkels. Im Anschluss an die örtlich beginnende und nicht allgemein progressive Hautaffection nach der Salbenanwendung muss noch bemerkt werden, dass auch bei der auf die Injection folgenden Dermatitis die Einstichsstelle besonders geröthet erschien, und die Haut des ganzen kranken Beines intensiver afficirt war, als die des gesunden Beines. (Aber wenn hier eine toxische Angioneurose zweifellos vorhanden war, so kann man den Effect der Morphiumsalbe auch anders, als durch rein äusserliches Irritament hervorgebracht, beurtheilen.) Caspary.

Molbini (**14**) in Leipzig hat bei einem Phthisiker jedesmal nach den vielen Morphium-Injectionen (0,02 p. dosi) 10 Minuten später groschen- bis markstückgrosse, flache Quaddeln gesehen, die nach einigen Stunden verschwanden. Seltsamer war der Effect nach Opium-Suppositorien (0,15 pro die) bei einer Hysterischen: Allgemeine Aufregung und absolute Schlaflosigkeit; kein Fieber; auf der ganzen Körperoberfläche — besonders Vorderarmen und Unterschenkeln — Aufschiessen von Flecken und bis thalergrossen Quaddeln; starkes Jucken; gänzliches Verschwinden erst nach 12—14 Tagen; Neubildung von Quaddeln noch 4 Tage nach Aussetzen des Opium. Ein ganz ähnlicher Symptomencomplex trat nach Injection von 0,03 Morphium auf. Ja einmal sollen 3 Tropfen Opium, in Wein genommen, zu 5 Tage währender Geschwulst und Röthung von Gesicht und Armen geführt haben. Caspary.

Oswald berichtet (**15**) folgenden Fall von Herpes gestationis: Bei Pat., 40 Jahre alt, 5para, war ungefähr im fünften Monate der Schwangerschaft ohne bekannte Veranlassung am oberen Drittel der Vorderarme, mit Freilassung der Ellbogenbeuge, ein schuppiger Ausschlag aufgetreten; unter allmälicher Verhärtung der Haut, wie bei Elephantiasis, und sehr beträchtlicher Anschwellung mit Oedem dehnte sich die Affection weiter nach vorne und über die Hände aus, zu gleicher Zeit wurden die unteren Extremitäten ergriffen. Zwei Monate vor der Entbindung, die in normaler Weise vor sich ging, entstanden hier Blasen, welche theilweise barsten und unter eiweissartiger Secretion harte Krusten zurückliessen. Der ganze Process war von Anfang an mit äusserst heftigen Schmerzen verbunden. Unmittelbar nach der Entbindung verhärtete und verdickte sich, mit Schuppenbildung, auch die bis dahin vollkommen frei gebliebene Haut der Stirne, des Gesichtes, Halses und der oberen Partie der Brust; Blasen bildeten sich hier nicht. 7 Wochen später waren alle Erscheinungen bedeutend zurückgegangen und nur noch einige Blasen an den Beinen vorhanden. Die Behandlung bestand in absoluter Ruhe und Darreichung von Alkalien. Ungefähr 2 Monate vor der letzten Entbindung vor 8 Jahren hatte Pat. an einer ähnlichen, jedoch viel weniger intensiven und bei weitem nicht so ausgedehnten Eruption an den Vorderarmen, Händen Unterschenkeln und Füssen gelitten, welche aber bereits nach drei Wochen wieder vollkommen verschwunden war.

Im Anschluss an das Referat über Bruzelius' Arbeit über Erythema uraemicum (diese Vtljschr. 1882, 3. Heft) verdient ein Aufsatz von Huet (siehe auch diese Vtljschr. von 1870 pag. 615), Berücksichtigung, weil er mit einer Uebersicht der spärlichen Literatur über diesen Gegenstand die Krankengeschichte eines charakteristischen Falles verbindet.

Die Kranke, 24 Jahre alt, kräftig gebaut, wurde im März 1882 auf der Abtheilung aufgenommen mit der später durch die Section bestätigten Diagnose einer sogenannten secundären Schrumpfniere. Am 30. März traten urämische Erscheinungen ein, die mit heftigen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Convulsionen und Amaurose einhergehend sich in den folgenden Tagen insoferne besserten, als bei bleibendem Kopfschmerz, bisweiligem Erbrechen und apathischer Somnolenz die Convulsionen verschwanden, die Amaurose sich minderte, die Urin-

menge zwischen 800—1700 Cctm., der Eiweissgehalt zwischen 0,75 bis 0,5 pCt. täglich schwankte.

Das Bild änderte sich am 15. April, wo nach vorherigem Frösteln unter Temperaturerhöhung bis 39° und Pulsbeschleunigung ein Exanthem ausbrach. Dasselbe kennzeichnete sich als kleine rothe Papeln, deren einige auf einem erythematösen Boden discret erschienen, besonders auf der Streckseite der Unterarme und Unterschenkel, während Gesicht, Hals und Rumpf noch frei blieben; geringes Jucken war vorhanden. Das zuerst auf den Unterschenkeln und vor allem an der Streckseite aufgetretene Exanthem bildete sich einige Stunden später in lichenartige Knötchen um, die, von einem Halo umgeben, bei Druck ihre Farbe verloren und braunroth erschienen. Auf den Oberschenkeln, selbst auf deren Innenseite, waren sie sparsamer vertreten, noch vereinzelnter auf Bauch, Nacken, Rücken bis zum Lendentheil, während sie auf den Armen von oben nach unten und von der Beuge- nach der Streckseite an Frequenz zunahmen und dort sehr dichtstehend, grösseren Umfang erreichten und auf ihrer Spitze etwas gelockerte Epidermis aufwiesen. Einzelne von ihnen waren durch ein Haar durchbohrt. Auf Hand- und Fussrücken, auf der Dorsalfläche der Finger waren nur wenige Knötchen zu sehen.

Am 17. April hatte sich bei T. 38,8, Puls 104, das Exanthem über Gesicht und Hals ausgebreitet und bildete kleine, rothe disseminirte Papeln bis auf den Backen dicht zusammen stehend, auf der Stirne mehr zerstreut und in geringer Anzahl auch auf den Augenlidern, bei Druck keine Röthe noch Pigmentirung hinterlassend, auf Brust, Bauch, Nacken haben sie sehr zugenommen, am stärksten auf dem Rücken. Die Arme zeigen die Umwandlung derselben in grössere prominente Urticariaquaddeln und da zwischen denselben kleinere Papeln aufgetreten, so erscheinen die Unterarme dadurch auf kurze Entfernung wie gefleckt. Die Eruption ist weniger stark an den Beugeseiten, mehr ausgesprochen an der Streckseite; auch auf Hand- und Rückenfläche der Finger sind Flecken und Papeln aufgetreten. Oberarme weniger stark ergriffen. Auf Druck verschwindet bei allen Exanthemformen die Röthe. Auf dem Bauch sind die Papeln mehr isolirt, erscheinen dagegen besonders auf der Vorderfläche der Oberschenkel in Gruppen von 10—12 Stück. Hier haben sie weniger starke rothe Farbe, Quaddeln fehlen ganz, die Haut zwischen den Papeln ist nicht injicirt. Auf den Unterschenkeln sind die Papeln sehr zahlreich,

stehen dicht gedrängt neben einander, ohne umgebendes Erythem, sind an der Spitze blauroth gefärbt und verändern sich auf Druck nicht. Sie ragen weniger über das Hautniveau hervor und confluiren nicht, obschon sehr zahlreich. Hier ist die Streckseite stärker ergriffen denn die Beugeseite.

15. April: T. 27,2. Singultus. 200 Ccm. Urin mit 1011 spec. Gew.; 5,5% Eiweiss. Die Röthe der Haut ist im Gesicht, auf Armen, Rücken diffuser geworden, während der Bauch fast völlig frei bleibt.

20. April. An beiden Beinen, Hüften und Knien sind in den tieferen Hautschichten hie und da Sugillationen erschienen, die mattblau durchschimmern. Auf Unterschenkeln, Unterarmen und am Rücken haben sich bleibende Extravasate in den Papeln gebildet. Temp. 37.

25. April. Während auf den Extremitäten noch einzelne erythematöse Flecken erschienen, verlieren die Papeln auf Druck ihre dunkelrothe Farbe nicht mehr und schilfern an der Spitze etwas ab. Als Medication Pilocarpininjectionen.

28. April. Seit 2 Tagen hat das Exanthem zugenommen und formt rothbraune über das Hautniveau hervorragende Flecken, die trocken sind, stark jucken und sich stark infiltrirt zeigen, so dass die Haut darüber schwer zu falten ist. Am stärksten tritt dies sowohl an Streck- als Beugeseite der Unterarme und Unterschenkel hervor; dagegen sind an Oberarmen und Oberschenkeln mehr isolirte Papeln, auf dem Rumpf nur stecknadelkopfgross und sehr vereinzelt, im Gesichte beinahe keine vorhanden. Fast in allen ist Blut ausgetreten.

2. Mai. Bei Verschlimmerung des Allgemeinbefindens nimmt die Hautdesquamation zu, während sie sich mit kleinen Papeln, wie bei Lichen bedeckt. Das Exanthem bleicht ab, nur die Extravasate bleiben sichtbar. Die schon seit Ende April vorhandenen Schleimhautblutungen im Munde nehmen zu und Patientin collabirt den 6. Mai c.

Bei der Autopsie fanden sich als Reste des Exanthems Schüppchen und kleine Extravasate auf Unterarmen und Unterschenkeln; alle Flecken und Papeln waren verschwunden. Bei der mikroskopischen Untersuchung erschienen die Papillen etwas vergrössert. Ureum oder Harnsäurekrystalle fanden sich auf der Haut nicht vor.

In der Epikrise weist Huet darauf hin, dass dieses Erythema papulatum Folge der Urämie, resp. der Anurie sei, dass es nicht durch die künstliche Steigerung der Diaphorese hervorgebracht werd e

und dass es in der Wahl der Ausbruchsstellen und im Verlaufe grosse Aehnlichkeit mit der von Hebra beschriebenen Roseola cholerica oder dem Erythema papul. cholericum besitze. Die Prognose ist fast immer nefast, eine Behandlung nicht nöthig, weil es keine Beschwerden noch directe Gefahr für das Hautorgan mit sich führt.

Schumacher II. Aachen.

## Stauungsprocesse.

17. **Prieger** und **Ehrlich.** Ueber das Auftreten des malignen Oedems bei Typhus abdominalis. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1882.)
18. **Nieden.** Ueber einen Fall von Lymphangiektasie mit Lymphorrhagie. (Virch. Archiv, Bd. 40. Heft 2, 1882.)

Brieger und Ehrlich — Beide Assistenten an der Klinik von Frerichs — beobachteten (17) zwei zu gleicher Zeit und in gleicher Weise entstandene wie verlaufene Fälle von malignem Oedem bei Abdominaltyphus. Bei zwei kräftigen jungen Mädchen waren fast an demselben Tage wegen acuten Collapses je eine Pravaz'sche Spritze mit Moschustinctur — statt der früheren sehr schmerzhaften Aetherinjectionen — an einem Oberschenkel injicirt worden; etwa 48 Stunden darnach stellten sich die ersten Zeichen des malignen Oedems ein, das in 36, resp. 60 Stunden zum Tode führte. Die örtlichen Veränderungen (des 1. Falles, dem der zweite ganz analog war), waren folgende: Um die kaum noch sichtbare Stelle der Moschusinjection wurde bei Beginn der Erkrankung ein dunkelrother, circa markstückgrosser Fleck sichtbar, der von einem etwa 2 Querfinger breiten, unregelmässig configurirten, dunkelblauen Saume umgeben war. Von dieser dunkelgefärbten Stelle aus zog sich ein rabenfederkieldicker, diffuser, bläulicher Streifen bis hinauf zum Poupart'schen Bande, gleichfalls von einem unregelmässigen, rosarothen Hofe umsäumt. Sowohl die verfärbte Partie als ihre nächste Umgebung bis zu einer Ausdehnung von 8 Ctm. war von teigig-ödematöser Consistenz, die nicht gefärbten Partien wie fettglänzend; Druck auf diesen angeschwollenen Bezirk war nur mässig empfindlich, und dabei das Gefühl eines leicht crepitirenden Knisterns vorhanden. Im Laufe des Tages wurde der ganze Oberschenkel ödematös und prall gespannt. Am

nächsten Morgen — 24 Stunden nach Beginn des Leidens — hatte der bläuliche Fleck ungefähr die Grösse eines Fünfmarkstückes erreicht; das ursprünglich schmale, bläuliche Band war bis zu einer Breite von ungefähr zwei Querfingern angewachsen, und die rosige Röthe erstreckte sich nunmehr auf die ganze Vorderseite des Oberschenkels. Dieser war stärker angeschwollen und bedeutend empfindlicher als Tags zuvor. Mittelst des Flächenthermometers war keine Temperaturdifferenz zwischen den entsprechenden Flächen des gesunden und des erkrankten Oberschenkels zu constatiren; das Tags zuvor deutlich wahrnehmbare Knistern bei der Palpation sehr in den Hintergrund getreten. Am Abende dieses Tages Erlahmen der Herzthätigkeit, Trachealrasseln, Tod. Während des 36stündigen Verlaufes war in dem Verhalten der Temperatur keinerlei Aenderung eingetreten, die Milzschwellung war dieselbe geblieben, im Urin kein Eiweiss aufzufinden und stets nur Spuren von Fäulnissprodukten. Dabei zunehmender Collaps bei subjectiver Euphorie, die mit dem Beginn der geschilderten Complication eingetreten war — gerade wie man sie auch bei anderen, tiefen Collaps herbeiführenden Zuständen, als perforirendem Ulcus oder Darmblutung, beobachtet. — Die Section bestätigte zunächst die Diagnose des Typhus abdominalis. Dann zeigte sich der an seiner Vorderfläche leicht blau verfärbte Oberschenkel sehr stark emphysematös geschwollen, der Unterschenkel nur wenig. Beim Einschneiden in den Oberschenkel zeigte sich das subcutane Binde- und Fettgewebe ausserordentlich stark geschwellt, und zwar dadurch, dass sich in den Maschen des Gewebes eine reichliche Menge trüber, deutlich übelriechender, mit Gasblasen durchsetzter Flüssigkeit eingelagert hatte. Der Druck, unter welchem diese Flüssigkeit stand, war ein ziemlich excessiver, so dass aus den kleinsten Schnitten reichliche Flüssigkeitsmengen hervorquollen. Entsprechend den Bindegewebszügen erstreckte sich diese seröse Durchtränkung bis in die tiefsten Schichten des Zellgewebes. Die Muskeln erschienen sämmtlich geröthet, doch trat in ihnen das Oedem sehr zurück, so dass makroskopisch davon wenig zu sehen war; beim Palpiren hingegen hatte man deutlich das Gefühl des Knisterns. Das Oedem des subcutanen Gewebes erstreckte sich über Ober- und Unterschenkel in ihrer gesammten Circumferenz. Nach oben hin war das Oedem auf zwei Wegen weiter vorgedrungen. Einerseits war das ganze subcutane Gewebe der Unterleibswandungen ödematös infiltrirt und zweitens hatten dieselben Veränderungen Platz

gegriffen im retroperitonealen Bindegewebe; hier war besonders die Gasentwicklung beträchtlich und hatte das lose Bindegewebe zu grossen Blasen aufgetrieben, die angestochen ein Gas entweichen liessen, welches beim Anzünden mit hellblauer Flamme verpuffte und somit höchst wahrscheinlich Wasserstoffgas war.

Nun hatten die Verff. noch bei Lebzeiten der Kranken mittelst einer sorgfältig desinficirten Pravaz'schen Spritze kleine Mengen ödematöser Flüssigkeit aus verschiedenen Stellen des infiltrirten Bindegewebes herausgesogen und mittelst der Trockenmethode untersucht. In allen Fällen finden sie die von Koch beschriebenen, an den Enden schwach abgerundeten, zum Theil zu längeren Schleimfäden ausgewachsenen, mit Anilinfarben leicht tingirbaren, dabei nicht selten etwas körnig erscheinenden, mehr langen als breiten Bacillen des malignen Oedems (abgebildet von Koch in seinen Photogrammen Tab. VIII, Nr. 43, 44, 45, 56, beschrieben von Geffky in den Mittheilungen des kaiserlichen Reichsgesundheitsamtes §. 87 u. ff.). Die von den Verfassern vorgenommenen Impfungen mit Oedemflüssigkeit ihrer Kranken auf Kaninchen und Meerschweinchen, Impfungen ferner von diesen nach ihrer Erkrankung auf andere Kan. und Meerschw. ergaben nun immer genau denselben acuten lethalen Verlauf, dieselbe Verbreitung der Krankheit und Emphysembildung, dieselben Bacillen wie bei den beiden Patienten und wie bei allen den Thieren, die Koch geschildert und deren Krankheit er als malignes Oedem bezeichnet hat. Sonach scheint die Identität der von Koch geschilderten Thierkrankheit mit der Beobachtung der Verff. gesichert. Dieselben sehen das Charakteristische der Krankheit darin, dass der Process nicht durch das Gefässsystem sich fortpflanzt (im Blute wurden keine Bacillen gefunden), sondern dass er in dem lockeren Bindegewebe rapid fortkriecht, ohne Einfluss auf Fieber, Urinbeschaffenheit, Milzschwellung. Je näher der Process edlen Theilen liege, um so schneller werde der Tod eintreten; so nach Infection am Fusse viel langsamer, als nach solcher am Halse, wo sie rasch durch das lockere Bindegewebe in das Mediastinum eindringen und so an das Herz gelangen könne. Sie halten für wahrscheinlich, dass die Infection auch spontan unter gewissen Umständen entstehen könne, weil sie in einem Falle von Diphtheritis ohne jede Ursache auf der Brust das maligne Oedem sich entwickeln und in 24 Stunden ablaufen sahen. Für die oben mitgetheilten Fälle halten sie es für sicher, dass die Schädlichkeit,

welche die böse Complication herbeiführte, in der Moschustinctur als solcher gegeben sei, insofern sie bei Typhus gebraucht wurde: daher sie vor ihrem Gebrauch in gleichem Falle warnen. Freilich war der geringe Rest der gebrauchten Tinctur verloren gegangen, daher einer Untersuchung nicht mehr zugänglich. Aber zu derselben Zeit waren die gleiche Tinctur, dieselbe Pravaz'sche Spritze und Canule noch benutzt worden bei 4 Frauen (mit puerperaler Sepsis, Gallensteinkolik, Magencarcinom, Aortenaneurysma), ohne irgend üble Folgen. Da nun vor der Injection die Spritze und Canule sorgsam gereinigt worden waren, so schliessen die Verf., dass die Keime der Pilze in der Moschustinctur enthalten gewesen seien, und dass diese Pilze nur bei typhös Erkrankten auszukeimen im Stande waren. Damit wäre denn erwiesen, dass durch den Typhus, vielleicht auch durch andere Infectionskrankheiten der menschliche Körper seiner Immunität gegen das maligne Oedem beraubt werde, und hierin sehen die Verfasser die principielle Bedeutung ihrer Beobachtung. Sie nehmen für ihre Fälle wie unter Anderem für Milzbrand und Puerperalfieber an, dass durch ganz bestimmte Krankheiten (also durch specifische Schwächung des Körpers) für ganz bestimmte Pilze (also nicht etwa für ein und denselben allgegenwärtigen) ein günstiger Nährboden geschaffen werde und glauben, diese Anschauung werfe auch ein gewisses Licht auf das Heer der Nachkrankheiten. Dass öfter Noma nach Masern, Diphtheritis nach Cholera, Gelenkvereiterung nach Typhus auftrete, beruhe auf Invasion bestimmter, gerade bei so Prädisponirten einen Nährboden findenden Pilze, die, wie die verschiedene Art der Nachkrankheit zeigt, von verschiedenen Pilzgruppen herrühren müssen. (Es ist jedenfalls eine höchst specifische Energie, welche die Verff. der Moschustinctur gegen Typhus zuerkennen, während sie z. B. bei Puerperalfieber unschädlich sei. Näher liegende Annahmen über die Infectionsquelle sind durch die Mittheilung theils nicht gestützt, theils direct abgewiesen. Ref.) Caspary.

Nieden theilt (**18**) einen sehr sorgsam beobachteten Fall von Lymphangiektasie mit Lymphorrhöe aus der medic. Klinik (Prof. Bäumler) zu Freiburg im B. mit: In ihrem 9. Lebensjahre zuerst hatte die Patientin, die aus phthisischer Familie stammte und Jahre lang ein antiscrophulöses Regime einhalten musste, einen plötzlichen Abgang milchiger Flüssigkeit aus ihren Genitalien bemerkt.

Unter solchen Ausscheidungen hatte sie nunmehr, während sie sich sonst bis zur Pubertätszeit ganz wohl fühlte, dauernd zu leiden; sie liessen wohl unter grosser Ruhe nach, cessirten aber nur für ganz kurze Zeit, nöthigten zu mehrmaligen täglichen Waschungen, zur grössten Reinhaltung der Nachbarhaut und zum Tragen einer Art Suspensorium um die äusseren Genitalien. Bei ärztlichen Untersuchungen war meist ein Scheidenkatarrh für die Ursache des Secrets gehalten worden, aber auch mehrfach die Anwesenheit zahlreicher, stecknadelkopfgrosser, weisser, schmerzlicher Bläschen auf den grossen Labien bemerkt worden, alle Therapie aber vergeblich gewesen. Im 14. Lebensjahre der Patientin trat zugleich mit der Menstruation eine ausserordentliche Steigerung der milchähnlichen Genital - Ausscheidungen und eine ziemlich heftige rechtsseitige Pneumonie auf, nach deren glücklichem Ablauf eine geringe, aber immerhin verdächtige Spitzen - Affection beiderseits constatirt wurde, und zeitweilig immer wieder längere Katarrhe sich einstellten. In der Zwischenzeit war Patientin trotz der Säfteverluste aus den Genitalien, die sie als manchmal enorme schildert, im Stande, die Arbeiten einer Dienstmagd zu verrichten.

Die etwas unregelmässige Menstruation war immer mit lebhaften Schmerzen im Unterleibe und Stechen in den Leistengegenden und Labien verbunden. Die Secretion aus den Labien wurde zur Zeit der Regel nur insofern beeinflusst, als angeblich 2—3 Tage vor der Regel die Bläschen für einen halben bis ganzen Tag wie mit Blut angefüllt aussahen, der Ausfluss während dieser Zeit cessirte, insbesondere keine blutige Flüssigkeit austrat. Bei mehrfachem Aufenthalte in der Freiburger Klinik, der durch die Katarrhe herbeigeführt wurde, zeigte sich folgender Status: Gegen die Inguinalgegenden hin erschien die Haut vom Mons veneris nach aussen etwas vorgewölbt und fühlte sich weich elastisch an. Die Inguinal - Lymphdrüsen kaum durchzufühlen, sehr klein. Beide grossen Labien, sehr wenig fetthaltig, zeigten eine runzelige Oberfläche, welche bedingt war durch discret stehende, hirsekorngrosse und kleinere, etwas heller gefärbte Prominenzen, welche an einzelnen Stellen dichter standen und theilweise confluirten. Nur an wenigen Stellen bekam man den Eindruck varicöser, gewundener, in der Cutis verlaufender Kanäle. Auf die Haut des Mons veneris und die Oberschenkel ging die Affection nicht über, und nach innen war sie begrenzt durch den Theil der Labien, an welchem die

Cutis in die Schleimhaut übergeht. Nach vorne waren nur an der Wurzel des Praeputium clitoridis einige kleine Knötchen zu sehen. Die Knötchen boten dem Gefühl keine Resistenz, liessen sich durch Spannen der Haut vollständig zum Verschwinden bringen, und sollten nach Angabe der Patientin nach längerem Gehen und Stehen prall anschwellen. Hervorzuheben war, dass die Haut der grossen Labien durchaus weich und in keiner Weise hypertrophirt und elephantiastisch verändert war; dass ferner die Nymphen wie der Introitus vaginae vollkommen normal erschienen. Da bei der Bettruhe die Ausscheidung fast aufhörte und die Angabe der Patientin über deren zeitweise Massenhaftigkeit und stete milchige Beschaffenheit nicht controllirt werden konnte, so wurde ein Stückchen der Labienhaut zur mikroskopischen Untersuchung excidirt, und nun floss sofort und für mehrere Tage eine milchige Flüssigkeit aus der Schnittfläche. In einer Nacht wurden 160 Ccm. gesammelt, wobei noch eine unbestimmte Menge verloren gegangen sein soll. Die Flüssigkeit war von milchweisser Farbe mit leicht gelblicher Beimischung, alkalischer Reaction, gerann beim Erhitzen und setzte beim längeren Stehen ein weiches, röthliches Gerinnsel ab. Mikroskopisch zeigte die Flüssigkeit nur einen verhältnissmässig sehr spärlichen Gehalt an lymphoiden Elementen; fast ebenso zahlreich fanden sich rothe Blutkörperchen. Die milchige Beschaffenheit erwies sich als ausschliesslich hervorgebracht durch eine ungeheure Menge feinster staubähnlicher Körperchen, die meist in lebhafter Molecularbewegung begriffen waren. Die weitere Untersuchung ergab, dass diese Körnchen Fettstäubchen waren, mithin die grösste Aehnlichkeit mit Chylus bestand.

Nach diesem Befunde und nach dem mikroskopischen Bilde des Hautstückes wurde die Diagnose auf Ektasie der Lymphgefässe und zwar zunächst der in der oberflächlichen Schicht der Cutis gelegenen gestellt, welche spontan durch Zerreissung der Bläschen zu Lymphorrhagien führten. Da nun die nach der Angabe zeitweise äusserst profusen Ergüsse einer an Eiweiss (4,12%) reichen Flüssigkeit für die der Phthisis verdächtige Patientin keineswegs gleichgiltig sein konnten; da sie ferner qualvoll und diensthindernd waren, so musste man an Abhilfe denken. Da die von früheren Aerzten angewandten Adstringentien und leichten Aezmittel versagt hatten, so wurden in der Chloroform-Narkose die erkrankten Hautpartien mit dem Paquelin'schen Thermokauter — zu tieferer Schorfbildung und weitergehender

Gerinnung langsam — abgetragen resp. energisch mit dem knopfförmigen Brenner geätzt. Nach Heilung der Wunden waren keine Ektasien, keine Lymphorrhagie mehr vorhanden; die Heilung war zunächst eine vollständige, aber freilich (s. u.) keine definitive.

Die mikroskopische Untersuchung der Hautstücke zeigte nun die hauptsächlichsten, aber passiven, Veränderungen in und dicht unter der Papillarschicht, wo zahlreiche Hohlräume von verschiedener Grösse und Gestalt vorhanden waren. Diese ganz unregelmässig vertheilten Räume waren bald mehr kugliger Gestalt, bald von unregelmässig buchtigen Wandungen umgeben, bald mehr länglich und spaltförmig. An allen liess sich eine Auskleidung durch eine zusammenhängende einfache Lage polygonaler, plattenförmiger Zellen, die auf dem Querschnitt spindelförmig erschienen, nachweisen; eine weitere sich gegen das Bindegewebe abgrenzende Schicht war nirgends vorhanden. In viele dieser Räume sah man von unten her weite, ebenfalls wandungslose, ebenso ausgekleidete Kanäle einmünden. Die subepithelialen Hohlräume standen nicht selten unter sich in Verbindung, indem entweder die trennende Wand stellenweise geschwunden war, oder indem die Communication durch einen der vorhin erwähnten Kanäle vermittelt wurde. So stellten zuweilen die Blasen rosenkranzförmige Ektasien oder Varicositäten eines von unten her schräg aufsteigenden Gefässes dar. Der Inhalt dieser Räume bildete eine theils feinkörnige, theils fein netzförmige, durch die Tinctionen fast ungefärbte Masse, die wenig zahlreiche kernhältige lymphoide Rundzellen umschloss. Was nun die relative Lage der Hohlräume zu dem Gewebe der Cutis anbetraf, so lag ein Theil dicht unterhalb der Basis der Papillen; andere befanden sich im unteren Theile der letzteren, diesen ausdehnend; oder die erwähnten spaltförmigen Räume durchzogen die Papillen bis dicht an ihre Spitze hinauf. Nicht wenige Hohlräume hatten eine oder mehrere Papillen aufgebläht, gewissermassen verdrängt, so dass nur eine ganz dünne Schicht Bindegewebe die Zellen der Epidermis von ihnen trennte; oder diese Schicht fehlte auch ganz, und die den Boden und die Seitenwände auskleidende Lage von Endothelzellen legten sich an die untersten Zellen der ebenfalls nur sehr verdünnten Epidermis an, so dass schliesslich nicht mehr zu unterscheiden war, ob nicht die Epidermiszellen direct die obere Decke des sich alsdann blasenartig über das Niveau der übrigen Haut erhebenden Raumes waren. An manchen Blasen war auch die

obere Decke eingerissen. Die Grösse der Hohlräume war eine sehr beträchtliche, ihr Durchmesser im Mittel 0,120 Mm.; die grössten, subepithelial in oder an Stelle der Papillen gelegenen hatten einen Durchmesser bis 0,720 Mm. Die Epidermis und die Papillen der Cutis zeigten ausser den Dehnungsfolgen keine Veränderung, keinerlei hyperplastische Vorgänge. Ebenso die Cutis, deren Gefässe, die Talgdrüsen, Haarbälge, Schweisdrüsen. Dagegen fanden sich in der Gegend, die den tiefsten Schichten der Cutis und den oberen Lagen des Unterhautbindegewebes entsprach, äusserst dickwandige Gefässe, die nach dem theilweise vorhandenen Inhalt: einer aus sehr feinem, geronnenem Fibrin bestehenden Masse, die hin und wieder kernhältige farblose Blutzellen einschloss, als die Anfänge der im subcutanen Bindegewebe verlaufenden Lymphgefässstämme angesehen werden mussten. Die enorme Verdickung der Wandungen war gebildet durch in Bündeln geordnete, ziemlich lange Spindelzellen mit spindelförmigem Kerne, also glatte Muskelfasern.

Somit war die klinische Diagnose der Lymphangiektasie und Lymphorrhöe vollkommen bestätigt. Unter umsichtiger Benutzung der sehr reichhaltigen Literatur kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Quelle der Lymphorrhöe sei nicht in den Labien, sondern höher oben zu suchen; die chylus-ähnliche Beschaffenheit des Secrets bei Abwesenheit von fettig degenerirten Zellen, die Beimengung von rothen Blutkörperchen spreche für ein Rückfliessen des Inhalts aus dem Ductus thoracicus: woher dieses stattgehabt, sei freilich ganz dunkel. Ein Hinderniss für Entleerung des Ductus thoracicus in Folge von venöser Stauung war sicher nicht vorhanden; ein Herzfehler bestand nicht und die geringfügige Veränderung an den Lungenspitzen konnte dabei nicht in Frage kommen. Ob comprimirende Geschwülste in der Brust- oder Bauchhöhle vorhanden waren, liess sich nicht nachweisen; Erysipel oder dgl. war nicht vorangegangen, die Untersuchung auf Filaria sanguinis hatte negativen Erfolg.

Die zu beiden Seiten des Mons veneris befindliche weich elastische Vorwölbung dürfte auf daselbst befindliche erweiterte Lymphgefässe zu beziehen sein; nicht hochgradig erweiterte, da nicht einmal die einzelnen Gefässe abzutasten waren.

Zehn Monate nach der Operation hatte die Patientin noch über keinen Erguss zu klagen, aber an dem rechten Labium, dessen

Narbe weniger tief als die linksseitige war, wurden eine Anzahl der früher beschriebenen Bläschen an beiden Seiten der Narbe sichtbar, und deren Punction ergab wieder die frühere milchige Flüssigkeit. Vielleicht ist durch tiefere Cauterisation ein dauernderes Resultat zu erzielen. Ausser der Bildung resistenten Narbengewebes wäre es vielleicht gerathen, Secale oder Ergotin intern wie subcutan anzuwenden. Caspary.

## Epidermidosen.

19. **Petyko.** Abnormales Verhalten eines Muttermales der rechten Unterbauchgegend bei einem 3jähr. Mädchen. (Rundschau, November 1882.)

20. **Mannino.** Resorcin in der Behandlung des Epithelioma. (Revista especial di Sifiliografia y Dermatol. Octob. 1882.)

21. **Goldscheider.** Hereditäre Neigung zur Blasenbildung. (Monatsh. f. prak. Dermat. 6. 1882.)

22. **Lenharty.** Ueber Pemphigus acutus gangraenosus. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 46. 1882.)

Nach einer Krankengeschichte von Petyko (**19**) besitzt ein 3jähriger weiblicher Findling, der sonst normal entwickelt, gesund und stark ist, auf der rechten Seite der Unterbauchgegend, etwa 6 Ctm. von der Symphysis ossis pubis und 1 Ctm. von der Leistenbeuge entfernt, ein dreieckiges, mit der Basis nach innen schauendes Muttermal von dunkelvioletter Farbe, dessen innerer und unterer Schenkel dicht besetzt sind mit runden, warzenförmigen Neubildungen von dunkler, schwarzer Farbe und harter Consistenz. Diese Neubildungen zeigen nun folgendes sonderbare Verhalten: Jeden Monat zur Zeit des Neumondes schwillt eine oder zwei von diesen Warzen an und blutet dann 2 — 3 Tage lang, um darnach einzutrocknen und abzufallen. An der Stelle wächst dann eine frische Warze nach. Aus der Anamnese ist zu erfahren, dass sie im ersten Jahre längere Zeit einen Ausschlag am ganzen Körper hatte, mit Wundenbildung. Dieser heilte von selbst (Syph. heredit.?). Ob wir es hier nicht etwa mit einer vicariirenden Menstruation zu thun haben, kann Vf. nicht entscheiden.

Mannino berichtet (**20**) folgenden Fall von Epitheliom: G. P., 64 Jahre alt, bisher immer gesund, bemerkte vor 4 Jahren auf der rechten Backe in der Gegend des arcus zygomat. einen hirsekorngrossen Knoten, der bald starkes Jucken verursachte. Durch häufiges Kratzen entstand an seiner Stelle eine Wunde, die leicht blutete und rasch gerinnendes Secret lieferte. Trotz mehrfacher Cauterisationen und Excisionen vergrösserte sich dieselbe, um im April dieses Jahres sich als 10 Ctm. grosse, irregulär polygone Wunde zu präsentiren. Eine harte schwärzliche Kruste bedeckte die eine Hälfte, die andere war kupferroth, fungös und in einem Punkte ihrer Peripherie durch zwei kleine Knoten, an anderen Stellen durch scharfgeschnittene harte Ränder begrenzt. Die beiden Hälften der Wunde waren durch eine kleine Furche getrennt. Nach Entfernung der Kruste blutete die Oberfläche leicht und der kleinste Druck auf dieselbe war von lebhaften Schmerzen begleitet, die auch spontan auftraten. Die Umgebung und die Lymphdrüsen waren frei, der ganze Organismus normal, nur Pat. durch das langdauernde Uebel moralisch sehr gedrückt.

Es wurde eine Salbe von 3,0 Resorcin auf 30,0 Vaselin verordnet, 2mal täglich einzureiben. Nach 8 Tagen zeigte sich beginnende Besserung; die vorher krustenbedeckte Hälfte des Epithelioms war mit feiner Narbenhaut überzogen, die trennende Furche weniger ausgesprochen und die Wucherungen abgeflacht. Die Ränder waren auf das Niveau der gesunden Haut gesunken und die kleinen Knoten ebenso wie die Induration der Peripherie verschwunden. Die Besserung schritt befriedigend vorwärts; nach weiteren 8 Tagen wurde statt 3,0 Resorcin 2,0 auf 30,0 V. verordnet und nach kurzer Zeit war die Heilung vollendet mit Bildung einer glatten, röthlichen Narbe.

Nach einer Mittheilung von Goldscheider (**21**) hatte der 22jährige Musketier K. nach jedem Marsche die Füsse mit Blasen übersät; einmal konnte man dreissig und einige zählen. Das Leiden erwies sich als so hartnäckig, dass er als dienstuntauglich entlassen werden musste. Bereits im Jahre vorher war er wegen derselben Krankheit vom Garde-Corps entlassen worden. Er bekommt diese Blasen an allen Körperstellen, sobald die Haut eine Reibung erfährt, z. B. am Unterleib in der Gegend des Koppels, bei harter Arbeit an den Händen. Lange Spaziergänge konnte er nie machen. Sein Vater, welcher 52 Jahre alt ist, hat sein ganzes Leben hindurch dasselbe Leiden, jedoch ist es in

den letzten Jahren geringer geworden. Des Vaters Mutter hat bis zu ihrem im Alter von 82 Jahren erfolgten Tode ebenfalls mit geringer Verbesserung im Alter daran gelitten; der Bruder desselben ist seiner Zeit desselben Leidens wegen in Potsdam vom Militär entlassen worden. K. hat einen Bruder und eine Schwester, welche beide an der Blasenbildung leiden. Von den 4 Kindern der Schwester findet sich die Affection bei dem 1. und 3., das 2. ist frei davon; alle 3 sind Mädchen; das 4. Kind, ein Junge, ist erst 1 Jahr alt und hat noch keine Blasen gezeigt.

K. selbst ist sonst nie krank gewesen. Er ist ein kräftig gebauter, etwas magerer Mann, mit vollkommen gesunden Organen, intelligent. Er zeigt keine Spur von Schweissfuss, seine Haut ist auch nicht ungewöhnlich trocken und bietet im Aussehen nichts besonderes. Die vom Marsch herrührenden Blasen sehen aus wie die gewöhnlichen Druckblasen; sie enthalten eine wasserhelle, klare, nur wenig klebrige Flüssigkeit, welche beim Stehenlassen zart-gelatinöses Fibrin ausscheidet. Mikroskopisch zeigt sie mässig zahlreiche granulirte Rundzellen, die auf Zusatz von Essigsäure 2—5 Kerne hervortreten lassen. Reibt man an irgend einer Körperstelle mit dem Finger die Haut nur mässig stark, etwa 2—3 Minuten lang, so hat sich nach einigen Stunden an dieser Stelle eine Blase gebildet. Blosser Druck ist nicht hinreichend, ebensowenig chemische Reize wie Jodtinctur, Eisessig. Nachdem man einige Zeit gerieben hat, merkt man, dass die Epidermis sich leicht hin und herschiebt. An manchen Körperstellen löst sich bei stärkerem Reiben leicht ein Stückchen Epidermis ab und hier kommt es dann statt zur Blasenbildung, zu einer längeren Eiterung. Die so erzeugte Blase zeigt eine leicht geröthete Umgebung. Der Inhalt gleicht vollkommen demjenigen der nicht-künstlich erzeugten Blasen. Lässt man sie stehen, so wird sie, ebenso wie jene, bis etwa zum 3. Tag immer grösser, dann trocknet sie ein. Schneidet man sie ab, so zeigt sich der Grund feucht, nicht mit Fibrin bedeckt; nach dem Abtrocknen erscheint er alsbald weisslich mattglänzend, mit rothen Tüpfeln besetzt. Sehr schnell bedeckt er sich wieder mit einer feuchten Schichte, welche trotz mehrfachen Abwischens immer wieder erscheint; lässt man das Abtrocknen, so sammelt sich schon nach 5 Minuten die Flüssigkeit in Tropfen an. Bedeckt man jetzt die Wunde, so zeigt sie am nächsten Tag einen dicken Fibrinbelag und ist darunter stark geröthet; dann heilt sie in 8—10 Tagen unter ausser-

ordentlich reichlicher Secretion eines dünnflüssigen Eiters. Die abgeschnittene Blasendecke zeigt bei mikroskopischer Untersuchung auf dem Querschnitt unter dem Stratum corneum in ziemlicher Dicke die Stachelschicht; es finden sich vielfach an der inneren Grenze Zellenlagen mit länglichen, senkrecht zur Hautfläche stehenden Kernen. Von der inneren Fläche der Blasendecken abgekratzte Masse zeigt Stachelzellen. Die Loslösung ist also innerhalb der Stachelschicht erfolgt und die Blase als eine akantholytische (Auspitz) zu betrachten. Um die Structur der Haut zu untersuchen, wurden unter bereitwilliger Zustimmung des K. mit dem Doppelmesser zwei Schnitte, nur wenig in die Cutis hinein, entnommen. Dieselben zeigen, auch bei Vergleichung mit einem von einem anderen entnommenenen Schnitt, keine histologischen Abweichungen von der gewöhnlichen Structur. Die durch die macerirende Essigsäure hervorgebrachte Trennung der Schichten erfolgte auch hier in der Stachelschicht.

Lenharty beschreibt (**22**) einen Fall von Pemphigus acutus gangraenosus, beobachtet an einem 50jähr. Manne auf der medicinischen Klinik zu Leipzig. Der kräftige, früher gesunde Mann litt seit 5 Jahren an einem alljährlich recidivirenden, jedesmal mehrwöchentlichen Gelenk-Rheumatismus, nach dessen Ablauf er sich immer wieder völlig wohl fühlte. Im März 1882 erkrankte er nach wenigtägigen rheumatischen Prodromalbeschwerden ohne irgend bekannte Veranlassung plötzlich mit heftigem Schüttelfrost und zunehmender Prostration. Wenige Stunden darnach traten rothe Flecke und Quaddeln am Unterschenkel auf, die bald von ähnlichen Eruptionen an den übrigen Extremitäten gefolgt waren. Während die Flecke sich vergrösserten, erhoben sich auf ihnen mit klarem, dann mit trübem Inhalt gefüllte Blasen, die rapid bis Gänseeigrösse wuchsen. Die meisten barsten und liessen das von der zerfetzten, abgehobenen Epidermis spärlich bedeckte Corium zurück, das bald missfarben erschien. In der Umgebung dieser Stellen begann eine starke, reactive Entzündung, die nach und nach zu demarkirender Eiterung und Abstossung der die ganze Cutis betreffende Brandschorfe führte; an einigen Randpartien schritt indess die Gangrän in serpiginöser Form vor. Während des ganzen Krankheitsverlaufes traten täglich neue Eruptionen auf; theils in Form von rothen Flecken oder Quaddeln mit centralen Bläschen, Pusteln und Blasen; theils wohl charakteri-

sirte Pemphigusblasen mit nur leicht geröthetem Hof. Die Pusteln erreichten Kirschkerngrösse, trockneten meist ein oder liessen ein flaches Geschwür zurück. Von den Blasen platzten einige; die abgehobene Epidermis lag dem erodirten Corium in unregelmässigen Fetzen auf, eine Ueberhäutung fand nicht statt. Die meisten Blasen erreichten Kirschkern- bis Wallnussgrösse; ihr Inhalt, anfangs hell, wurde bald trübe und blutig und war in vielen von vorneherein so beschaffen. Die Lymphdrüsen schwollen nirgends, obwohl es zu ausgebreiteter Lymphangoitis kam. Im Allgemeinbefinden trat stetige Verschlimmerung ein. Das Sensorium blieb bis auf Appetit frei, war erst gegen das Ende schwerer benommen. Icterus bestand in geringem Grade bis zum Tode fort. Zweimal wurde Miliaria crystallina beobachtet. An den inneren Organen fand sich nichts Wesentliches. Das Fieber, von unregelmässigem Verlaufe, erreichte nie hohe Temperaturen; erst prope exitum 40°. Durch Erschöpfung und in Folge terminaler Pneumonie erfolgte der Tod am 16. Krankheitstage. Von der natürlich nur symptomatischen Therapie ist besonders das permanente Wasserbad wegen seiner zeitweise sehr wohlthuenden Wirkung hervorzuheben. Die wiederholte Untersuchung von Blut und Pustelsecret hatte nie Bacterienkörper ergeben. Die Autopsie zeigte in einem unteren Lungenlappen einzelne Verdichtungsherde; Herz normal bis auf vereinzelte kleinste Blutungen im Endocardium, wie solche auch in Nierenbecken und Blase sich fanden. Alles übrige normal. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden unmittelbar nach dem Tode zwei Blasen mit normaler Umgebung excidirt; von den Geschwürsflächen wurden erst bei der Autopsie einzelne Stücke entnommen mit anscheinend unversehrter benachbarter Haut. An den gut in absolutem Alkohol gehärteten Schnitten, die durch eine Blase gelegt waren, erkannte man schon makroskopisch eine bedeutende Exsudation, die an der Stelle des Corium sass und in das subcutane Gewebe hineinragte. Mikroskopisch zeigte sich die Cutis in ihrer ganzen Dicke durch kleinzelliges Exsudat infiltrirt, während zahlreiche, kleine Zellen auch das subcutane Gewebe anfüllten. An den Geschwürsstellen fehlte die Cutis in ihrer ganzen Dicke und fast die subcutane Fettschicht; an der Grenze nach der gesunden Haut erschien wieder ziemlich reichlich kleinzelliges Exsudat im Corium und Rete Malpighi, während die Hornschicht in ziemlich weiter Ausdehnung abgehoben war. An keiner Stelle sah man Bacterien, besonders waren die kleinen Gefässe frei von solchen.

Lenharty glaubte anfangs, es mit einer schweren, acuten Allgemeininfection durch ein septisches, bezüglich mykotisches Gift zu thun zu haben, und die Erscheinungen auf der Haut als secundäre gangränöse Processe auffassen zu müssen, bei denen die Gangrän sich theils als Pustel und Blase, theils als tiefer ausgedehnte Sklerose manifestire. Es hätte das gepasst zu den Beobachtungen Litten's, der in 35 Fällen septischer Infection 28mal die Haut betroffen sah, darunter 3mal Pemphigus foliaceus.

Aber bei der gänzlichen Abwesenheit von Microbien in allem untersuchten Blute und Pustelsecret, wie in den post mortem excidirten Gewebsstücken; bei dem negativen Resultate nach Uebertragung von Blut und Secret auf Ratten und Mäuse; bei dem Freibleiben von Gelenken, Muskeln, Herz, glaubt Lenharty eher einen primären Pemphigus acutus annehmen zu sollen. Er glaubt, dass zu Anfang der Erkrankung durch irgend einen uns unbekannten Krankheitserreger die massenhaft kleinzellige Exsudation im Corium hervorgerufen wurde, dass diese in der Folge nicht nur das Rete Malpighi zerstörte und die Blasenerhebung veranlasste, sondern auch das Corium in seiner ganzen Dicke substituirte, zur Nekrose führte, und in der subcutanen Zellschichte in geringerem Grade Störungen hervorrief.

Caspary.

## Chorioblastosen, Mykosen.

23. **Hansen.** Studien über Bacillus Leprae. (Virchow's Archiv Bd. 90. Heft 3. 1882.)
24. **Ramon de la Sota y Lastra.** Ueber die klinische Unterscheidung von Lepra, Lupus und Carcinom im Halse. (Revista especial de Sifiliografia y Dermatologia. Juli 1882.)
25. **Korach.** Ueber Xanthelasma universale. (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. XXXII., 1882.)
26. **Köbner.** Heilung eines Falles von allgemeiner Sarcomatose der Haut durch subcutane Arseninjectionen. (Berl. klin. Wochschr. Nr. 2. 1883.)
27. **Modrzejewski.** Multiple angeborene Fibromata mollusca. (Berlin. klin. Wochnschr. Nr. 42. 1882.)
28. **Nielly.** Ueber einen Fall von bei uns unbekannter, parasitärer Dermatose. (Mitth. an die Pariser Akademie. Gaz. méd. de Par. Nr. 15, 1882.)

Hansen hat, (**23**) wie früher an Kaninchen und Katzen, so neuerdings an Affen Uebertragungsversuche von Lepra angestellt; wieder mit negativem Erfolge, wenigstens während der mehr als einjährigen Beobachtungszeit. Da die Incubation der Lepra beim Menschen wahrscheinlich eine sehr lange ist, so wird H. fortfahren, die Affen weiter zu beobachten. Während Vf. jedesmal in Produkten aus der tuberculösen Form der Lepra die Bacillen fand, hat er in den nur 2 Fällen, dass er Flecken aus der anästhetischen Form untersuchen konnte, keine Bacillen gefunden. Sehr sicher constatirtes Vorkommen in frisch erkrankten Nerven könne erst dann gegen die übliche Differenzirung der beiden Formen geltend gemacht werden, wenn solche Nerven bei der anästhetischen Lepra gefunden seien. — Bei seinen Culturversuchen, zu denen er nach Koch's Angabe Blutserum, und zwar menschliches, verwendete, fand H. gleich Neisser vom 4. Tage an unter den sich bedeutend vermehrenden Bacillen solche mit Knoten an einem oder beiden Enden. Oefters trugen sie 3 oder 4 Knoten und waren mindestens doppelt so lang, als die gewöhnlichen Stäbchen. Noch andere sahen perlschnurförmig aus. Vom 5. Tage an fanden sich neben den knotigen Bacillen und den Perlschnüren auch kleine Gruppen von Körnern, die oft eine lineare Anordnung einhielten, und zuletzt wurde das ganze Präparat von solchen Körnern erfüllt. Die Knotenbildung an den Bacillen muss wahrscheinlich als Sporenbildung angesehen werden, und das endliche Resultat der Culturen, die kleinen Körner als Sporen. Solche Sporenbildung finde nun offenbar auch im menschlichen Körper statt. Im Safte frischer Knoten seien knotige Bacillen nachweisbar; und die grossen braunen Elemente, die sogenannten regressiven Elemente, die man immer in alten Knoten finde, am reichlichsten in Leber, Milz, Testikeln, Lymphdrüsen, Nerven, seien wahrscheinlich nur Ansammlungen von Sporen und sporenbildenden Bacillen. Dass die braunen Elemente sich viel später und viel seltener in Hautknoten zeigten, als in den vorgenannten Theilen, hänge vielleicht damit zusammen, dass bei oberflächlicher Lage nicht immer die zur Sporenbildung nöthige Temperatur vorhanden sei. Caspary.

Ramon de la Sota stellt (**24**) folgende Differentialmomente zwischen Lepra, Lupus und Krebs im Halse auf:

1. Lepra erscheint immer zuerst auf der Körperoberfläche, ehe

sie die inneren Halspartien ergreift; Lupus und Carcinom dagegen localisiren sich häufig nur im Halse und lassen das Hautgebiet unberührt.

2. Dem Auftreten des Lepra im Halse geht eine rothe Färbung der Schleimhaut voraus, die sich nachher ohne zu schwellen in Weiss umwandelt; Lupus entwickelt sich in normal bleibenden Geweben; Carcinom beginnt mit Congestion und Schwellung und ruft grosses Unbehagen in den erkrankten Theilen hervor. (? A.)

3. Die Knötchen der Lepra sind weiss, weich und von wechselnder Grösse; sie bilden sich in Rosenkranz- oder Kettenform aus, besitzen normale Empfindlichkeit oder verminderte oder haben dieselbe völlig verloren: die Lupustuberkel sind röthlich oder roth, hart, resistent und elastisch, an Grösse denen der Lepra überlegen; sie sind selten zahlreich, erscheinen nur hier und da, im allgemeinen indolent; die Krebsknoten haben röthliche, rothe oder graue Farbe, sind hart oder weich, gestielt und belästigen sehr durch die von ihnen ausgehenden lancinirenden Schmerzen.

4. Um die Lepraausbreitung herum schwillt die Schleimhaut deutlich an, wird zum harten und rothen Oedem um die Krebsneubildung, während sie in der Nachbarschaft der Lupusknoten normal bleibt.

5. Lepra bildet weiche Geschwüre, die häufig den syphilitischen Schleimplaques ähneln, bisweilen aber zerfressen aussehen und nicht schmerzen; die Lupusgeschwüre haben harte, erhöhte Ränder, schmalen buchtigen Grund und verursachen wenig Schmerz; die Krebsverschwärungen sind weit ausgedehnt, haben irregulären Grund, sind von papillaren Wucherungen bedeckt und umgeben und meistens sehr schmerzhaft.

6. Lepra und Lupus können vernarben und ähneln sich alsdann die früher erkrankten Partien sehr im Aussehen und in der Consistenz — doch unterscheiden sie sich durch die bei der Lepra auftretende Störung der Sensibilität der vernarbten Stellen, während beim Lupus dieselbe erhalten bleibt. Beim Krebs dagegen tritt keine Narbenbildung auf, weder völlige, noch theilweise noch zeitliche. (? A.)

Schumacher II. Aachen.

Von den bislang bekannten Fällen von Xanthelasma universale sind nur drei in Deutschland durch Virchow und Gräfe, Hertzka und Stiller beschrieben worden. Hiezu kommt nun ein

neuer Fall von Korach (**25**): Die Patientin, 25 Jahre alt, ein kräftig gebautes Mädchen, aus gesunder Familie stammend, will bis December 1878 stets gesund gewesen sein. Plötzlicher Eintritt von Icterus ohne vorangegangene Schmerzanfälle in der Lebergegend bei sonst ungestörtem Wohlbefinden war die erste Krankheitserscheinung; dabei war gleich bei Beginn der Erkrankung der Stuhl völlig entfärbt, der Urin spärlich, gallenfarbstoffhaltig. Der Icterus nahm ziemlich rapid zu und das oft in seinem Gefolge befindliche Hautjucken stellte sich in einer so überaus lästigen Weise ein, dass sich Pat., nachdem sie fast 1 Jahr den grossen Arzneischatz der Cholagoga ohne Erfolg durchprobirt hatte, Anfang vorigen Jahres in das Krankenhaus aufnehmen liess. Patientin, ziemlich gut genährt, ist am ganzen Körper hochgradig icterisch; die Conjunctiven, dunkel-ockergelb tingirt, stehen ziemlich scharf von dem weniger gesättigten Colorit der umgebenden Haut ab. An den verschiedensten Stellen des Körpers finden sich, anscheinend regellos zerstreut, unregelmässig begrenzte, linsen- bis markstückgrosse, theils im Niveau der Haut befindliche, theils etwas über dieselbe hervorragende, schmutzig blassgelbe bis ockergelbe Xanthelasmaflecke ganz von der typischen Farbe und dem Aussehen, wie es das bekanntlich nicht selten und zwar bei ganz Gesunden anzutreffende Xanthelasma palpebrarum darbietet. Neben diesen vorzugsweise im Gesicht und an den Beugeseiten der Ober- und Unterextremitäten reichlich entwickelten Flecken (Xanthelasma planum) trifft man an anderen Stellen, hauptsächlich den Streckseiten des Ellbogen- und Kniegelenkes, der Dorsalseite der Hand und des Fusses stecknadelkopf- bis erbsengrosse theils alleinstehende, theils zu grösseren Plaques confluirende gelbe Knötchen (Xanthelasma tuberosum) an, welche, in der Haut befindlich, sich nur mit dieser verschieben lassen.

Das Abdomen von mittlerer Ausdehnung, frei von Flüssigkeit. Die Leber beträchtlich vergrössert, ragt halbhandbreit unter die horizontale Nabellinie, dabei fühlt sie sich hart an, ihre Oberfläche glatt, frei von Unebenheiten; neben dem linken Leberlappen ist die erheblich vergrösserte Milz als harter Tumor palpabel, dessen vorderer Rand dem Nabel bis auf 3 Fingerbreiten genähert ist. Stuhl retardirt, lehmgrau. Urin 900—1000 Ccm., schwarzbraun, enthält Gallenfarbstoff in grosser Menge, jedoch eiweissfrei und ohne morphotische Bestandtheile. Das einzige subjective Krankheitssymptom war das

Hautjucken, welches besonders in der Wärme exacerbirte, innerlichen wie äusserlichen Medicamenten in gleicher Weise widerstand.

Mit der Verminderung des Icterus, der theilweisen Wiederherstellung des Gallenabflusses und dem Aufhören des lästigen Pruritus hat das Xanthelasma wesentlich an Deutlichkeit eingebüsst, indem eine Verkleinerung der Knötchen und ein Undeutlicherwerden der Flecke eintrat; dennoch ist gegenwärtig das Xanthelasma sowohl in seiner maculösen, als papulösen Form, letztere besonders in den Handtellern, deutlich erkennbar, wie den auch der Icterus zur Zeit noch intensiv ausgeprägt ist. Es ist dieses Verhalten der theilweisen Rückbildung des Xanthelasma besonders interessant, weil fast in allen bisher beobachteten Fällen die Affection während des ganzen Lebens persistirte, somit auch die Prognose quoad restitutionem meist infaust gestellt werden musste.

Das fleckenförmige Xanthelasma tritt, wie der Verf. nun auseinandersetzt, meist zuerst an einem Canthus internus, angeblich häufiger dem linken auf, um alsbald beiderseits sich von hier aus durch radienförmige Ausstrahlung über das obere, seltener und später auch das untere Augenlid zu verbreiten; erst zuletzt tritt die Affection am äusseren Lidwinkel auf, wo die Flecke jedoch nie die Grösse wie am Canthus internus erreichen. Es sind dieses die häufigsten Formen von Xanthelasma planum, bei welchen die Affection auf die Augenlider beschränkt bleibt und sehr häufig erbliche Prädisposition nachzuweisen ist. Unter 66 Beobachtungen von Xanthelasma palpebrarum fanden sich nur 4 mit Icterus complicirt. Weit seltener und fast immer in Verbindung mit der tuberösen Form findet sich das Xanthelasma planum an anderen Körperstellen in universeller Verbreitung als Xanthelasma universale multiforme, welches ebenfalls an den Augenlidern seinen Ausgangspunkt nimmt, jedoch nicht so ganz ausschliesslich, wie bisher allgemein angenommen wurde, da mehrere Beobachtungen vorliegen, in welchen die Affection zuerst an den Extremitäten aufgetreten war.

Die tuberöse Form (Addison und Gull) charakterisirt sich durch stecknadelkopf- bis erbsengrosse, theils isolirte, zum Theil dicht zusammengedrängte, in der Haut befindliche und nur mit dieser verschiebbare gelbe Knötchen. Mit den bekannten Mittheilungen über die Anatomie des Xanthelasma stimmt im Grossen und Ganzen auch das Ergebniss der von Prof. Leichtenstern im Falle des Verf. vor-

genommenen mikroskopischen Untersuchung eines Knötchens vom Vorderarm der Pat. überein. Verf. fasset den mikroskopischen Befund in seinem Falle folgendermassen zusammen:

1. Hyperplasie mit Kernvermehrung der obersten Cutisschichten, insbesondere auch des Papillarkörpers mit Vergrösserung (Verbreiterung) der Papillen. Letzteres besonders bei der tuberösen Form der Haut.

2. Stellenweise Anhäufung freier Fettmassen in Form unregelmässiger Schollen, vorzugsweise in den seitlichen Theilen der Papillen dicht unterhalb des Rete Malpighii, spärlich in der dicht unterhalb der Papillen gelegenen Cutisschicht.

3. Entwicklung feinkörniger, umschriebener, rundlicher, oblonger und verschieden gestalteter Haufen, welche sich in den Papillen und der darunter gelegenen Cutisschicht befinden, zuweilen die Querschnitte von Haarbalg und Talgdrüsen gleichsam umrahmen, keinerlei zellige Zusammensetzung zeigen, vielmehr als freie feinkörnige Conglomerate auftreten. Diese feinkörnigen Massen sind kein Fett, wahrscheinlich abgeblasstes, fein- und gleichkörniges Gallen-Pigment. Veränderung der Talg- und Schweissdrüsen war nirgends wahrzunehmen. Die feinkörnigen Haufen sind nur in der obersten Cutisschicht vorhanden und steigen höchstens in einzelnen spärlichen Disseminationen bis zur Höhe der Haarbalgwurzel hinab, während die Region der Schweissdrüsen vollkommen davon frei ist. Gesammtresultat also: Hypertrophie, resp. Hyperplasie der Bindegewebskörper mit fettiger Infiltration. Was endlich die Aetiologie des Xanthelasma betrifft, fand Verf. unter den von ihm zusammengestellten 12 Fällen von universeller Verbreitung des Xanthoms, von welchen die Mehrzahl, 7, dem weiblichen Geschlecht angehören, 10mal Icterus. (Die von Chambard, Cavafy und Fox mitgetheilten Fälle sind als nicht hierher gehörig von der Statistik ausgeschlossen; ebenso der von Virchow publicirte, da Verf. nicht ersehen konnte, ob Icterus vorhanden war.)

In 4 Fällen von Xanthelasma universale ist als die Ursache des Icterus eine nicht näher definirte Leberschwellung angegeben, während in 3 Beobachtungen Verschluss der grösseren Gallenwege durch luetische und carcinomatöse Processe vorhanden war; bei je einem Patienten war Cholelithiasis und Lebercirrhose diagnosticirt; Chambard und Hillairet fanden bei der Autopsie eines gemeinschaftlich untersuchten Falles einen Blasenechinococcus der Leber, Smith eine Veränderung der Leber, welche der subacuten Atrophie ähnlich ist,

also die verschiedenartigsten Leberaffectionen, welche im Verein mit Xanthelasma beobachtet worden sind.

Köbner macht (**26**) eine ausserordentlich wichtige Mittheilung. Es ist ihm gelungen, in einem Falle von allgemeiner Sarcomatosis der Haut durch subcutane Arseninjectionen vollkommene Heilung zu erzielen.

Nachdem durch viele Wochen kleinere Dosen vergeblich angewendet waren, Wachsthum und Vermehrung der Geschwülstchen nicht cessirt hatten, führten stärkere Injectionen binnen Kurzem zum Ziele.

Bei einem schwächlichen Mädchen von 8 Jahren fand K. bei der ersten Vorstellung eine überaus grosse Anzahl kleiner Tumoren, von denen die grösseren halberbsengross und darüber waren. Nicht juckend, auf Druck schmerzlos, fühlten sich die Knötchen ausserordentlich hart an, und die Ausdehnung der Härte übertraf die sichtbare Grösse derselben in Breite und Tiefe um ein Bedeutendes. Die Farbe ging vom Mattgelb durch alle Nuancen des Roth hindurch bis zum Bräunlichroth; auf einem mehr als erbsengrossen Knoten, der von graugelblicher Farbe, fast gallertig durchscheinend war, zeigte sich an der Oberfläche ein zartes Gefässnetz. An wenigen leichte Vertiefung im Centrum oder sehr kleine, fest anhaftende Krüstchen. Der Sitz im Gesicht, den Extremitäten, den Hinterbacken. Die bisherige Behandlung hatte in innerlicher Darreichung von einigen Tropfen Sol. Fowleri bestanden. — Während zweier Monate nach der ersten Untersuchung durch Köbner war das Kind jeder Behandlung entzogen geblieben, und bei erneuter Vorstellung wurde eine enorme Vermehrung und Vergrösserung der Neubildungen constatirt; dazu waren beiderseits die Cubitaldrüsen, ferner Drüsengruppen an den Oberschenkeln hart und erheblich geschwollen. Mässige Schwellung von Leber und Milz, Harn normal, kein Fieber; geringer Appetit, das Kind heruntergekommen. Die mit Sicherheit gestellte klinische Diagnose allgemeiner Dermatose der Haut wurde durch die anatomische Untersuchung zweier excidirter Knoten vollkommen bestätigt. Es handelte sich in der That um Spindelzellensarkome, deren Hauptsitz das Stratum reticulatum cutis und die Unterhaut war. Bei dem geringen Appetit des Kindes und bei den vortrefflichen Resultaten, die er durch die subcutanen Arseninjectionen bei Lichen ruber erzielt hatte, ging Köbner nun ungesäumt an dasselbe Verfahren. Von einer Verdünnung der

Sol. Fowleri (p. 1 auf Aq. dest. p. 2) wurden jedesmal $2^1/_2$—4 Tropfen injicirt. Bei öfterem Aussetzen wegen Kopfschmerzen, die von chronischem Schnupfen abhingen, wurden in 5 Monaten 51 Injectionen gemacht. Dabei 8 Gramm reiner Sol. Fowleri verbraucht — ohne nennenswerthen Erfolg. Nun injicirte K. zu gleichen Theilen mit Aq. dest. — pro dosi 6, öfter $7^1/_2$—9 Tropfen statt der für die Pat. lästigen Subcutan-Injectionen zwischen Wirbelsäule und Scapula meist intravesiculär in die Glutäen, einige Male auch in die Substanz grösserer Knoten. Schon nach einigen Wochen hatte eine mächtige Involution stattgefunden. Sämmtliche Knoten verkleinerten sich auffallend, meistens durch Einsinken in der Mitte unter einer stets trockenen, kleinen Kruste oder Schuppe; ebenso gingen die Schwellung der Lympddrüsen, der Leber und Milz deutlich zurück. Nachdem in 5 Wochen von den letzteren stärkeren Injectionen 25 gemacht, dabei 5,45 Gramm Sol. Fowleri verbraucht waren, stellte K. die Reconvalescentin der Berliner med. Gesellschaft vor. Meist waren nur noch flache, röthlichbraune, narbengleiche, etwas deprimirte Flecken vorhanden; an anderen Stellen noch dünne, härtliche, periphere Wälle um jene herum. Nachdem in weiteren 8 Wochen noch 20 Injectionen gemacht, 2 Gramm Sol. Fowleri (im Ganzen also 20,75 derselben, d. h. 0,23 Gramm reine arsenige Säure) verbraucht waren, schwanden die letzten Infiltrate um die immer tiefer pigmentirten Narben. Nach mehrmonatlichem Landaufenthalte und Gebrauch kalter Bäder daselbst kehrte das Kind vollkommen gesund zurück; nur eine Anzahl blasser Narben — viele waren nicht mehr auffindbar — erinnerten noch an das überstandene schwere Leiden. Nach 6 Monaten konnte die Fortdauer der Gesundheit constatirt werden. Caspary.

Der von Modrzejewski (**27**) mitgetheilte Fall von Fibromata mollusca bringt eine schöne Illustration zu der Anschauung v. Recklinghausen's über die Genese der angeborenen weichen Fibrome. Die Beobachtung betraf ein 37 Jahre altes, nicht hereditär belastetes Mädchen, das wie besäet war mit solchen Tumoren, deren — die nicht mehr als mohnkorngrossen abgerechnet — 3020 gezählt wurden. Das Volumen schwankend zwischen der Grösse eines Mohnkorns und der zweier Mannsfäuste; alle schmerzlos, verschiebbar, mit etwas Hautjucken als einziger Beschwerde. Allmälich seit frühester Erinnerung der Patientin herangewachsen. Während alle zugänglichen Schleimhäute

frei waren, liessen sich an einem Medianus und einem Peroneus Knötchen im Verlaufe der Nerven nachweisen. Der Tod der Patientin wurde durch einen kindskopfgrossen Tumor in der linken Clavicular-gegend herbeigeführt, der ungleich allen anderen hart, wenig beweglich, schmerzhaft, schliesslich an mehreren Stellen ulcerirend war; aber auch dieser Tumor sollte gleich den übrigen sich entwickelt haben, bis er wenige Monate vor dem Ende, damals nur hühnereigross, ein rapides und malignes Wachsthum einging. Die Section bot nun ein besonderes Interesse durch den Fund zahlreicher Nervenfibrome. Die beiden Nervi supraorbitales, sowie der rechte Facialis sind mit Knötchen bedeckt. Am Halstheile des linken Vagus zwei grössere Verdickungen. Am rechten Plexus brachialis sind die Nn. medianus, axillaris, perforans Gasseri und cut. internus mit zahlreichen Knötchen bedeckt. Auf dem Nerven des 6. Halspaares ein Knoten von Bohnengrösse. Im linken Plexus brachialis Knötchen auf den Nn. medianus, ulnaris und perf. Gasseri. Beiderseits auf den Nerven des Plexus lumbalis und ihren Aesten zahlreiche Knötchen. Auf dem rechten N. cruralis dicht unter dem Lig. Poupartii ein Knoten von mehr als Haselnussgrösse. Zahlreiche Knötchen im unteren Theile des Plexus sacralis beiderseitig, ferner an den Nn. ischiadicis, von welchen besonders der rechte fast um das Doppelte verdickt ist; weiter kleine, zahlreiche Knötchen an den Nn. peroneus, tibialis anticus und posticus bis in ihre feinsten Hautzweige. Selbst an den Muskelzweigen der Nerven finden sich Knötchen, die mitten im Muskelgewebe gelagert sind. Ausserdem ergab die Section ein haselnussgrosses Myom im Jejunum, je ein kleines Fibrom im Ileum und Colon transversum, viele Schleimpolypen in der Uterushöhle. — Die perniciöse Geschwulst der Clavicular-gegend ist von Elsenberg, der auch die Section machte, für ein Fibroma fusocellulare (sollte hier vielleicht ein Druckfehler statt Sarcoma vorliegen? Ref.) erklärt worden. Die genauere Schilderung der Fibrome an den Nerven, sowie die ausführliche mikroskopische Untersuchung ist vorbehalten, besonders wird es dabei interessiren, ob es dem Untersucher gelingen wird, gleich v. Recklinghausen, den Ausgangspunkt der Hautfibrome aus den Nerven zu erweisen.

Caspary.

Nielly beobachtete (**28**) bei einem bretonischen Schiffsjungen von 14 Jahren einen bisher bei uns („dans nos parages“) unbekannten, parasitären Ausschlag, der wie Scabies, mit Knötchen,

Bläschen, Pusteln und starkem Jucken auftrat, am stärksten auf den Händen, wo flach warzenähnliche Erhebungen zu finden waren. Im Durchschnitte der Papeln und in dem sero-purulenten Inhalt der Bläschen und Pusteln fand der Vf. Nematoden von 0·223 Länge und 0·013 Breite und zwar nur weibliche Individuen. Davaine hielt dieselben für Embryonen von Filaria, doch konnten sie bisher noch nicht genau bestimmt werden. Der Parasit soll aus dem Wasser des Ortes Plourin stammen.

Nachträglich wurde der Parasit auch im Blute des Patienten angeblich im embryonalen Zustande gefunden.

Ob, wie Nielly angibt, eine Aehnlichkeit der Erkrankung mit einer bei den Negern an der Ostküste Afrika's vorkommenden Krankheit „Craw-Craw" vorhanden sei, soll weiterer Untersuchung vorbehalten bleiben.

# Nekrologe.

Seit dem Erscheinen unseres letzten Heftes hat der Tod reiche Ernte unter den Angesehensten unseres Faches in Deutschland gehalten. Möge es uns gestattet sein, die Worte des Schmerzes und der Pietät, welche wir ihnen an dieser Stelle zu weihen gedenken, nach der Reihenfolge der uns zugekommenen Unglücksbotschaften zu ordnen.

## Ernst Veiel in Cannstatt †.

Dr. med. Ernst Veiel wurde am 14. October 1837 zu Cannstatt, als Sohn des Hofrathes Dr. A. v. Veiel, welcher eben in diesem Jahr die daselbst heute noch blühende Heilanstalt für Flechtenkranke gründete, geboren. Nachdem er die Lateinschule zu Cannstatt und das Gymnasium zu Stuttgart absolvirt, und sich ein Halbjahr zu Heidelberg chemischen Studien gewidmet hatte, bezog er die Universität Tübingen, woselbst er vom Jahre 1855—1861 dem Studium der Medicin oblag. Nach dem im Jahre 1861 vollendeten Staatsexamen besuchte er die Kliniken zu Zürich, Prag und Berlin. Sodann ging er im Jänner 1863 nach Wien, woselbst er sich während eines neunmonatlichen Aufenthaltes besonders unter Hebra's Leitung in seinem Specialfache der Behandlung der Hautkrankheiten ausbildete. Seine Studien brachte er im Winter 1863/4 auf den Universitäten zu Montpellier und Paris zum Abschluss. Im Jahre 1864 liess er sich in Cannstatt als praktischer Arzt nieder und betheiligte sich als Assistenzarzt an der Leitung der Flechtenheilanstalt seines Vaters, in welcher Stellung er bis zu dem im Jahre 1874 erfolgten Tode des letzteren blieb. Nunmehr übernahm er mit seinem jüngeren Bruder Dr. med. Theod. Veiel die Leitung der Flechtenheilanstalt, der er sich bis zu seinem am 7. Jänner 1883 in Folge eines langwierigen schmerzhaften Magenleidens eingetretenen Tode mit bestem Erfolg widmete.

Noch in den letzten Wochen seines Lebens hatte er die Ausarbeitung des Capitels der Krankheiten der Talgdrüsen für das von Ziemssen'sche Sammelwerk unternommen, konnte dasselbe aber nur mehr zum Theil vollenden. Ausser dieser Arbeit sind von ihm zu erwähnen seine Doctordissertation: „Ueber die Metamorphosen des Urachus" und sein Aufsatz über die Behandlung des Lupus in unserem Archiv von 1873.

An Auszeichnungen besass er den württ. Olgaorden, welchen er für seine Leistungen während des Feldzuges 1870/1 erhielt, und das Ritterkreuz des russ. Stanislausordens.

Der so früh Dahingeschiedene war eine edle und für alles Grosse empfängliche Natur, ein treuer College und zärtlicher Familienvater, ein hervorragender Arzt und Fachmann. Die von seinem Vater gegründete Flechten-Heilanstalt in Cannstatt steht nunmehr unter der Direction seines jüngeren Bruders Theodor Veiel, der sich gleich dem Verstorbenen in der Special-Wissenschaft unseres Faches eines wohlbegründeten Namens erfreut.

---

## Carl v. Sigmund in Wien †.

Carl Sigmund, Ritter v. Ilanor, k. k. österr. Hofrath, o. ö. Professor an der Wiener Universität, früher Vorstand der Klinik für Syphilis, wurde am 28. August 1810 in Schässburg im siebenbürgischen Sachsenlande als Sohn eines protestantischen Pfarrers geboren, und als er im Jahre 1870 mit der Verleihung des Ordens der Eisernen Krone den Adel erhielt, wählte er das Prädikat Ilanor nach dem Namen eines Gutes, dass sich früher im Besitze seiner Familie befunden hat. Er war der erste Protestant, der an der Wiener Universität zum Professor ernannt worden ist (1849), zunächst allerdings nur zum ausserordentlichen, da er erst zwanzig Jahre später (1869) die ordentliche Professur erhielt.

Im Jahre 1881 zog er sich nach vollendetem 70. Lebensjahre, wie es das österr. Gesetz vorschreibt, von der Lehrkanzel zurück, ohne jedoch seine grosse Praxis vollständig aufzugeben, und ohne seine literarische Thätigkeit im mindesten zu unterbrechen. Doch litt seine Gesundheit zusehends und am 1. Februar d. J. ist er in Padua, wo er bei seiner Tochter weilte, plötzlich gestorben und nach einem

früher geäusserten Wunsche am 3. Februar dort unter grosser Theilnahme beerdigt worden.

Der Tod Sigmund's ist freilich in einem Alter erfolgt, welches in der Regel keine Hoffnung auf längeren Genuss der durch viele Arbeit und Mühe redlich verdienten körperlichen und geistigen Ruhe gestattet. Und doch, wenn man einen Lebenslauf, wie jenen Sigmund's, überblickt, ist es schwer sich vorzustellen, dass so viel somatische und psychische Energie, so viel Intelligenz und Lebensklugheit nun mit einem Schlage aufgezehrt, die Maschine eingetrocknet und verrostet und all' ihre Thätigkeit für ewig eingestellt sein könne. Hat doch Sigmund stets das Bild der angespanntesten Arbeit nach mehreren Richtungen zugleich geboten, ein Bild von so eigenthümlichem Gepräge, dass jede Schilderung desselben die Wahrheit höchstens zu streifen vermöchte. So wollen wir uns denn bescheiden, Einiges aus der gewaltigen Thätigkeitssphäre des Dahingeschiedenen herauszugreifen und in den knappen Rahmen dieses Nachrufes zu fassen.

Mit dem Namen Sigmund's ist durch viele Jahre für Wien eine ganze Branche der medicinischen Wissenschaft und Kunst identificirt gedacht worden: die Lehre von der Syphilis und ihrer Behandlung. Obwohl sich wenig Thatsachen vorfinden dürften, welche durch Sigmund in die Wissenschaft eingeführt worden; obwohl zur Zeit der Blüthe Sigmund's die Syphilidologie schon auf festen Füssen stand, auf so festen Füssen, dass sie heute noch unter dem gewaltig angewachsenen Koloss zur Noth auszuhalten vermögen, so hat man doch von einer Wiener Schule und von ihrem Vertreter Sigmund beständig reden hören, und es hat die Autorität seiner Lehrmeinungen und Aussprüche, trotzdem oder weil sie durch ihren Autor selbst in unerschöpflichen Variationen dem medicinischen Publikum eingeprägt wurden, kaum irgend eine Rivalität zu scheuen gebraucht.

Die Erklärung dieser hohen Werthschätzung, welche Sigmund's wissenschaftlicher Stellung in der ganzen Welt von Aerzten und Laien gezollt wurde, liegt in zwei Eigenschaften, welche auch in den schriftstellerischen Alluren Sigmund's deutlichen Ausdruck finden: in seiner Richtung auf praktisch-wissenschaftliche Ziele und in seiner Beharrlichkeit bei dem Verfolgen dieser Ziele.

Die Aufgaben, welche sich Sigmund vorgesteckt hat, lassen sich nun, wo wir sein ganzes Leben überblicken, scharf zusammenfassen. Die erste, welche er sich seit dem Beginne der Vierziger-Jahre, als

er noch die Stellung eines Chirurgen im Wiener allg. Krankenhause bekleidete, gesetzt hat, war: der Syphilis als Krankheit zu einer selbstständigen, nicht blos neben anderen geduldeten Position im Spital und in der Behandlung zu verhelfen und sie zugleich universitätsfähig zu machen. Zur Erreichung dieses Zieles hat er von 1844 an Privatkurse an Kranken der medicinischen Abtheilungen, welche die Syphiliskranken beherbergen mussten, gegeben und hat er 1843 seine Habilitation als Privatdocent der Syphilislehre und zugleich das Gesuch um Vereinigung der Syphiliskranken in einer Special-Abtheilung vorgelegt und dessen Bewilligung, sowie seine Ernennung zum Primararzt dieser Abtheilung erreicht. Und nun begann er mit unermüdlichem Eifer in That und Schrift den Augiasstall zu säubern, zu welchem Vorurtheil und Prüderie die pathologische Specialität, welcher er sich widmete, gemacht hatten. Der zum Theil desperaten hygienischen Beschaffenheit seiner Krankenzimmer, der Unzulänglichkeit des Wartepersonals, dem Schlendrian in der Pflege und Behandlung der Kranken trat er mit eiserner Energie entgegen, suchte nach Kräften Luft, Licht und Reinlichkeit herbeizuführen und durch eine bewunderungswerthe Wundhygiene — lange vor der Zeit, als die Lister'schen Principien auftauchten und Gemeingut der Chirurgie wurden — den Heilungsprocess der venerischen Krankheiten auf eine günstigere Basis zu stellen. So gelang es ihm — soweit die Verhältnisse es gestatteten — eine Musterabtheilung zu schaffen, welche bald die Augen aller gebildeten Aerzte des In- und Auslandes auf sich zog und einen reichlichen Zufluss von Schülern zu den Kursen, die er nun regelmässig gab und in welchen er das reiche Material an Kranken, welches ihm zu Gebote stand, in ansprechender Weise dem praktischen Unterrichte nutzbar machte, zu bewirken. Daran schloss sich eine ausgebreitete literarische Production in Journalen und selbstständigen, jedoch zumeist auf den Umfang von Broschüren beschränkten Schriften, welche eben dadurch, sowie durch die eminent praktischen Stoffe, die er behandelte, und durch die Klarheit seines Styls bei den Aerzten viel Anklang fand. In der That verdankt ihm die Syphilis-Therapie im engeren Sinne — und noch mehr die Hygiene — bedeutende Fortschritte. Wohl hatten schon in früherer Zeit bedeutende Aerzte erkannt, dass der Wust von heroischen Mitteln, von umstimmenden und Depurations-Kuren, wie sie im Gebrauche waren, aus der Behandlung ausgemerzt werden müssen. Und doch kam man immer wieder auf die mittelalterlichen Proceduren zurück,

welche statt Galgen und Rad die grosse Schmierkur, die Holztränke, das Schwitzen und Hungern über die Syphilisverbrecher verhängten. Man kann sagen, dass eigentlich Sigmund es war, der in Wien die Louvrier-Rust'sche Methode definitiv abgeschafft hat. Sein Büchlein über die Einreibungskur ist in der That der Ausdruck einer klaren und unbefangenen, aber zugleich alle Details mit gebührendem Ernste würdigenden Anschauung und Methodik, welche allen der Syphilis analogen Krankheiten gegenüber gleichfalls als Norm gelten sollte. Sigmund war eben ein Eklektiker nach allen Seiten hin; freilich auch in Bezug auf die rein wissenschaftlichen Fragen seines Faches, und man darf sich nicht wundern, wenn er, bis 1861 ein Vertheidiger der Unität des Syphilis-Contagiums, von da an nach und nach zu den Dualisten überging und seit 1862 direct die Theorie der Letzteren acceptirte, welcher er seither auch treu geblieben ist.

Grössere Verdienste um die Pathologie der Syphilis, um Aetiologie und Diagnostik der Krankheit hat sich Sigmund nicht eigentlich erworben; ja Manches, was er in dieser Richtung aufgestellt hat, wie z. B. die übertriebene Bedeutung, welche er der allgemeinen Lymphdrüsenschwellung für die Diagnose der frühesten Stadien der constitutionellen Erkrankung beilegt, hat directen Schaden gebracht, da seine Autorität gross genug war, um der (aus hundert Gründen verschiedenster Art erfolgenden) Schwellung der Cubitaldrüsen selbst bei Pathologen ersten Ranges und natürlich erst recht bei den Praktikern die Würde sakramentaler Unfehlbarkeit für die Syphilis-Diagnose zu verschaffen.

Die einzige zusammenhängende Darstellung der Syphilislehre im Ganzen, welche Sigmund in Pitha-Billroth's Handbuch veröffentlicht hat, freilich sehr fragmentarisch gehalten, ist an dem medicinischen Publikum spurlos vorübergegangen.

Im Ganzen kann man die Thätigkeit Sigmund's als Syphilidolog dahin zusammenfassen, dass er sich um die Würdigung dieser gefährlichen Volkskrankheit und um die Methode sie einzudämmen, sowie endlich um den Unterricht in derselben grosse Verdienste erworben, speciell für Wien aber in allen diesen Richtungen eine neue Epoche herbeigeführt hat.

Von der einen grossen Infectionskrankheit, die er mit Erfolg bekämpfte, hat sich der Blick Sigmund's in logischer Weise auch auf andere Volkskrankheiten gewendet. Und hier haben wir es mit einer zweiten Seite der Thätigkeit dieses Mannes zu thun, welche nicht

minder von seinem ruhigen Zielbewusstsein sowie von der Beharrlichkeit seiner Arbeit ein glänzendes Zeugniss ablegt; wir meinen die Leistungen Sigmund's zur Bekämpfung der epidemischen Volkskrankheiten im Allgemeinen.

Schon in den Jahren 1843, 1844 dann 1849 hatte Sigmund von seinen Reisen, die theils das Studium der klimatischen Kurorte des Südens, theils die sanitären Zustände der europäischen und asiatischen Türkei betrafen, Entwürfe zu Reformen des verrotteten alten Quarantäne- und Contumazwesens mitgebracht und Versuche gemacht, dieselben bei Regierungen und Sanitätskörperschaften zur Geltung zu bringen — lange Zeit vergeblich, und so lassen sich als Resultate der Studien aus dieser Zeit doch nur seine sehr verbreiteten und geschätzten Schriften über die klimatischen Kurorte, deren manchen er das Aufkommen und Fortbestehen erst möglich gemacht hat, anführen.

Die erste internationale Sanitätsconferenz, welche die französische Regierung 1851 nach Paris berief, hatte hauptsächlich die Bubonenpest im Auge; sie führte zu einer Art von gleichförmigem Quarantänesystem am schwarzen und Mittelmeere und zum Brouillon einer Convention, welches jedoch von den grösseren Mächten nicht angenommen worden ist. Die zweite internationale Sanitätsconferenz in Konstantinopel (1866) beschäftigte sich hauptsächlich mit der Cholera — sie hat gar keine officiellen Conventionen zur Folge gehabt. Die dritte, von Oesterreich einberufene, wurde 1874 in Wien eröffnet. Sigmund, der inzwischen die Sanitätsanstalten Italiens (1871/72) amtlich besichtigt und dem Wiener internationalen Congresse (1873) beigewohnt hatte, war nun endlich in der Lage, sein von einer Vorcommission in Wien zum grossen Theil gutgeheissenes Programm in Bezug auf die Massregeln gegen die Cholera und auf die Errichtung einer stationären internationalen Sanitätscommission in Wien zur Geltung zu bringen. Die hienach ausgearbeitete „internationale Sanitätsconvention" ist an sämmtliche Regierungen geleitet worden und harrt nunmehr ihrer Verwirklichung; den Wirkungskreis des hiedurch geschaffenen Centralbureaus in Wien als Executivorgan hat Sigmund später in einer eigenen Arbeit bereits umfassender bezeichnet. Ob und wann die praktischen Schritte zur Ausführung aller dieser Massregeln, welche durch die 1881 in Washington stattgefundene jüngste internationale Sanitätsconferenz ebenfalls acceptirt worden sind, erfolgen werden, scheint heute noch immer nicht festgestellt, wenn auch nicht

leicht mehr aufschiebbar zu sein. Und so wirkt es beinahe tragisch, dass der Tod Sigmund's gerade in einem Momente erfolgen musste, als die Aussichten für die Erfüllung seiner Lebensaufgabe trotz aller Bitternisse, mit welchen ihr schwankendes Schicksal in dem letzten Jahrzehent den alternden Mann erfüllen mussten, sich einigermassen günstiger zu gestalten scheinen.

Was schliesslich die literarische Production v. Sigmund's betrifft, war er darin unerschöpflich; seine Artikel über Bäder, klimatische Kurorte, Therapie der venerischen Krankheiten, Spitalsberichte u. dgl. übersteigen an Zahl mehrere hundert. Im Folgenden wollen wir nur die uns bekannten, nicht in Journalen, sondern selbstständig publicirten Bücher und Aufsätze anführen:

Pólya, Jos., Beobachtungen über die Flechte und ihre Verbindungen, nebst einem neuen specifischen Mittel zu deren Heilung, nämlich: „dem Anthrakokali". Nach der lateinischen Handschrift des Verfassers übersetzt von Karl Ludwig Sigmund. Pest 1837. 8°.

Sigmund, das k. k. chirurgische Operationsinstitut. Darstellung der Geschichte, so wie der inneren Einrichtung des Institutes und Uebersicht aller darin bisher gebildeten Operateurs, der hinsichtlich derselben erflossenen Verordnungen und der Vorfälle in der chirurgischen Klinik der Wiener Hochschule während des Operations-Lehr-Kurses 1839—1841. Wien 1841. 8°.

Sigmund, Karl Ludwig, Füred's Mineralquellen und der Plattensee, für Aerzte und Badegäste nach den vorhandenen Hilfsmitteln und eigenen Untersuchungen dargestellt. Pest 1837. 8°.

— Gleichenberg, seine Mineralquellen und der Curort, mit Bemerkungen über den Gebrauch des versendeten Wassers. Zweite Aufl. Wien 1846. 8°; zuerst 1840.

Sigmund, die Quarantänereform und die Pestfrage. Wien 1850.

Sigmund, Südliche klimatische Kurorte mit besonderer Rücksicht auf Pisa, Nizza und die Riviera, Venedig, Meran und Gries. Beobachtungen und Rathschläge. Zweite vermehrte Auflage. Wien 1859. 8°; zuerst 1857. Dritte, gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage 1875.

Sigmund, Uebersicht der bekanntesten zu Bade- und Trinkkuranstalten benützten Mineralwässer Siebenbürgens. Nach den neuesten chemischen Analysen und ämtlichen Erhebungen in den Jahren 1868 und 1859. Wien 1860. 8°.

Sigmund, Anweisung zur Einreibungskur mit grauer Salbe bei Syphilisformen. Wien 1856. 8°; 1878 fünfte, gänzlich umgearbeitete Auflage.

Sigmund, Die italienischen See-Sanitätsanstalten und allg. Reformanträge für das Quarantänewesen 1873.

Sigmund, Das internationale Sanitätscentralbureau in Wien. Deutsche Vierteljahrschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1875.

Sigmund, Recept-Formulare aus der Wiener Universitäts-Klinik für Syphilitische. Fünfte, neuerdings umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien 1876. 32°.

Sigmund, Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Dritte vielfach vermehrte Auflage. Wien und Leipzig 1883. 8°. — Eine der älteren Auflagen wurde auch ins Italienische übersetzt.

Sigmund, Syphilis und venerische Geschwürsformen. — In: Pitha und Billroth's Chirurgie. Bd. I. 2. Heft, 3. Liefr. 3. p. 204—272.

— Die Wiener Klinik für Syphilis. Ein Rückblick auf ihr 25jähriges Bestehen. Wien 1878. 8°. Ein Sonderdruck aus der Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syph. 1876 und 1877.

---

## Franz v. Rinecker in Würzburg †.

Geheimrath Franz v. Rinecker war am 3. Jänner 1811 in Schesslitz in Franken als Sohn des dortigen Landrichters und nachmaligen Ministerialraths v. Rinecker geboren. Er absolvirte alsdann das Münchener Gymnasium und begann daselbst, noch nicht 16 Jahre alt, seine akademischen Studien. Der polnische Freiheitskampf begeisterte den für Freiheit und Recht entflammten Jüngling; im Sommer 1831 machte er den polnischen Aufstand als Regimentsarzt mit und erhielt dabei einen polnischen Orden. Beim Fall von Warschau gerieht er in russische Gefangenschaft, aus der er indessen als Arzt und Nichtcombattant alsbald wieder entlassen wurde. — Im Jahre 1832 promovirte er in München, setzte aber dann seine Studien noch in Würzburg fort, welcher Universität er von da an ununterbrochen erhalten blieb. Hier wurde er Assistenzarzt im Juliusspital, zuerst in der chirurgischen, dann in der medicinischen Abtheilung. Aus dem Staatsconcurs 1834 ging er unter 58 Geprüften als der Erste hervor.

Hierauf habilitirte er sich an der Universität im Jahre 1836, wo er rasch, schon im folgenden Jahre zum ausserordentlichen und 1838 zum ordentl. Professor ernannt wurde. Er tratirte nacheinander die Fächer der Arzneimittellehre, mediz. Poliklinik, Kinderkrankheiten, Psychiatrie, Syphilis und Hautkrankheiten und entfaltete neben seiner ausgedehnten lehramtlichen Wirksamkeit namentlich durch Abhandlungen in den verschiedenen medicinischen Zeitschriften auch eine rege fachwissenschaftliche schriftstellerische Thätigkeit. 1863 zum Oberarzt im Juliusspitale ernannt, erhielt er 1864 den Titel und Rang eines kgl. Hofraths, 1880 jenen eines k. Geh.-Raths, nachdem ihm schon 1850 das Ritterkreuz des Verdienstordens vom heiligen Michael verliehen worden war, dem 1872 jenes der bayer. Krone folgte.

Ein glückliches Familienleben fand er durch seine Gemahlin, Magdalene Krätzer von Mainz, die ihm am 3. Jän. 1843 angetraut wurde und ihn mit 3 Kindern beschenkte, von denen zwei, die beiden schon zu jungen Frauen herangeblühten Töchter, dem Vater im Tode vorausgingen.

Bis 14 Tage vor seinem Ableben hielt er, anscheinend frisch und munter, seine Vorlesungen, die stets von den jungen Medicinern mit besonderem Fleisse besucht worden waren. Unter den zahlreichen Schülern befinden sich viele, welche einen vornehmen Namen in der Wissenschaft einnehmen und selbst Zierden medicinischer Facultäten sind. Voll persönlicher Liebenswürdigkeit wusste er eine rege Verbindung mit denselben zu erhalten und stets fördernd auf deren weiteres Fortkommen einzuwirken. Einen derselben, Geh.-R. Prof. Gerhardt, hatte er später das Glück als Facultätsgenossen neben sich wirken zu sehen. Auch der Verwaltung der Universität, deren Gedeihen überhaupt v. Rinecker als seine edelste Lebensaufgabe betrachtete, hatte er stets rege Aufmerksamkeit gewidmet; er war in seiner langen Laufbahn als Mitglied des Lehrercollegs der Alma Julia zweimal (1847 und 1866) deren Rector, siebenmal Mitglied des Senats und ebenso oft Decan der medicinischen Facultät. Als solcher war er mitberufen, der Leitung der Jubiläumsfeier vorzustehen, während welcher er auch sein 50jähriges Doctorjubiläum beging und die sinnige Feier, über welche wir seiner Zeit berichtet und zu der sich zahlreiche Schüler und Freunde vereinigt hatten, ist s. Z. eine edle Beigabe der Festfeier geworden. Auf einer Herbstreise, die v. Rinecker nach Thüringen und dann nach Wien im vorigen Jahre unternahm,

hatte er zuerst Spuren einer Leberverhärtung entdeckt. Doch hatte er im Verkehr mit den ihm treu anhängenden Collegen, auch in Wien, wo er 8 Tage verweilte, seiner Umgebung das keimende Uebel zu verheimlichen gewusst; er hatte hier allerlei Verabredungen insbesondere über eine grössere wissenschaftliche Production in Gemeinschaft mit dem Schreiber dieser Zeilen gepflogen, seine letzte Arbeit (über Rhachitis und Syphilis) corrigirt, und offenbar nach seiner Rückkehr und dem Wiederbeginn seiner Vorlesungen noch gehofft, dieses Wintersemester seine Vorlesungen abschliessen zu können; doch trat das Leiden so acut auf, dass er seine Vorlesungen unterbrechen und das Krankenlager aufsuchen musste, von welchem er sich nicht mehr erheben sollte. Aber auch hier gönnte er sich die Krankenruhe noch nicht; allerlei hatte er noch zu vollenden und zu ordnen und erst als dies geschehen, machte er sich zum Sterben bereit und so starb er denn am 21. Februar d. J. sanft und ruhig, wie er gelebt.

Das feierliche Leichenbegängniss fand am 23. Februar, 7 Uhr Abends statt, indem die Leiche unter Fackelbegleitung von der Studentenschaft, die ihm mit seltener Liebe anhing, von den akademischen Behörden, dem Offiziercorps, den städtischen und Regierungsbehörden und einem grossen Theile der Bevölkerung Würzburgs auf den Bahnhof geleitet, dort vom altkatholischen Pfarrer eingesegnet, von Rector und Decan mit ergreifenden Worten zum letzten Male begrüsst und hierauf dem Bahnzug übergeben wurde, um in der Krätzer'schen Familiengruft in Mainz beigesetzt zu werden.

Rinecker hat die Universalität des medicinischen Wissens in hervorragender und fruchtbringender Weise vertreten, gegenüber jenen Bestrebungen, welche die Medicin zu einer Treibjagd von Specialitäten zu gestalten auf dem Wege sind. In den mehr als 40 Jahren, in welchen er als Professor an der altberühmten fränkischen Hochschule wirkte, hat er die verschiedenartigsten Lehrfächer theils gleichzeitig, theils von einem zum andern übergehend vertreten und in jedem derselben geistvoll, anregend und originell gearbeitet. So hielt er noch vor wenigen Jahren zu gleicher Zeit Vorlesungen über Arzneimittellehre, Psychiatrie, Hautkrankheiten und leitete dabei eine Poliklinik für Kinderkrankheiten. Diese Vielseitigkeit zeigt sich auch in seiner literarischen Thätigkeit; grössere Werke, Lehrbücher u. dgl. hat Rinecker nicht geschrieben, wohl aber findet man seinen Namen in der Specialliteratur der verschiedensten Zweige der Medicin ehren-

voll erwähnt; so war er auch Mitherausgeber der Jahrbücher für Kinderheilkunde und der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, und das Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten ehrte den verdienstvollen Forscher bei Gelegenheit seines 50jährigen Doctorjubiläums im vorigen Jahre durch Herausgabe eines ihm gewidmeten Jubelheftes, welches ausschliesslich Arbeiten seiner ehemaligen Schüler, darunter mehrerer hervorragender Universitätslehrer, enthält. Auf ärztlichen Versammlungen war Rinecker eine wohlgekannte und seiner Originalität und Liebenswürdigkeit halber allgemein beliebte Persönlichkeit, auch in seinen vorgerückten Jahren an allen wissenschaftlichen Fragen den lebhaftesten Antheil nehmend und oft ebenso scharfsinnig wie erregend in die Debatte eingreifend. Gegen Studirende und jüngere Collegen war Rinecker stets mit Rath und That bei der Hand; am Krankenbett ein feiner Beobachter, aber zugleich humaner Berather und Helfer; als Lehrer endlich natürlich und durch die Eigenartigkeit seines Vortrags, wie durch die Fülle seiner Kenntnisse imponirend.

Was v. Rinecker speciell für unser Fach, die Dermatologie und Syphilis geleistet, haben wir bei Gelegenheit seines 50jährigen Doctorjubiläums im Jahre 1882 in diesen Blättern anzudeuten versucht. Es sei uns gestattet, hier nochmals den hohen Muth und das wissenschaftliche Feuer zu preisen, von welchen v. Rinecker sein Lebelang beseelt war. Wie er im Jahre 1852 [1]) in Würzburg seine berühmten Impfversuche mit Syphilis durchführte, wie er desshalb in gerichtliche Untersuchung gezogen wurde und endlich mit einer Senats-Rüge 1856 davonkam, ist bekannt. Was er seither gerade in Bezug auf die Lehre von der Syphilis durch Unterweisung, durch Heranziehung tüchtiger Schüler, durch persönliche klinische Arbeit noch weiter geleistet hat; wie er noch in der allerletzten Zeit den eingehenden Arbeiten von Rieger, Bumm, Angerer über die Excision der Sclerose und die Contagienlehre — den wichtigen Versuchen von Fehleisen und Bockhart über die Erysipel- und Gonorrhöe-Bacterien anregend und fördernd gleichsam zu Gevatter gestanden ist — das möge Zeugniss von dem geradezu unerschöpflichen und thatkräftigen wissenschaftlichen Enthusiasmus geben, welcher diesen Mann bis in

[1]) Würzb. Verhandl. Bd. I. und Bd. III.; siehe Auspitz, Lehre vom syphilit. Contagium pag. 176 ff.

sein hohes Alter, ja bis in den Tod hinein beseelte. Was er für die Psychiatrie geleistet, möge von competenter Seite an anderem Orte beleuchtet werden; hier möge nur noch mit schwerem aber zugleich dankbarem Herzen auf die innige Verbindung hingewiesen werden, in welcher Rinecker zu dieser Vierteljahresschrift und dem Schreiber dieser Zeilen seit vielen Jahren gestanden hat, wie er treu und uneigennützig zu diesem Blatte und seinen Zielen gehalten hat. Mit ihm ist ein edler Patriarch der Wissenschaft, ein erleuchteter Forscher, ein Mentor so vieler Schüler, ein Förderer und Gönner alles ernsten literarischen Strebens, ein edler Mensch im höchsten Sinne des Wortes aus dem Leben geschieden. Möge die Erde ihm leicht sein!

Heinrich Auspitz.

# Varia.

Mit dem letzten Hefte des Jahrganges 1882 hat das Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle, das älteste, seit 1866, also seit 18 Jahren erscheinende Fachjournal unserer Disciplin, seine Redaction geändert, indem der Begründer und Herausgeber desselben, Dr. G. P. Soresina in Mailand, aus Gesundheitsrücksichten von der Leitung zurücktrat, die er unverdrossen, mit seltenem Fleisse und nie ermüdender Hingebung vortrefflich geführt hatte. Indem wir ihm hiemit die Anerkennung in vollem Masse zollen, welche ihm gebührt, wollen wir zugleich nicht vergessen, die neue Direction des Blattes collegial zu begrüssen, an deren Spitze der angesehenste Dermatolog Italiens, Prof. Pietro Gamberini in Bologna, unter Mitwirkung der Redacteure Bertarelli und Carabelli und fast aller sonst noch im Vordergrund stehenden Capacitäten des Faches (Barduzzi, Breda, Campana, de Amicis, Ferrari, Majocchi, Manassei, Michelacci, Pellizzari, Scarenzio) getreten ist. Wir können dem Journale in der That zu solcher Führung nur unseren Glückwunsch und für das Gedeihen des Blattes unsere besten Hoffnungen aussprechen.

---

Die Leitung der durch des Geh. R. Prof. v. Rinecker's Tod verwaisten Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis im Juliushospitale in Würzburg hat der Prof. der Medicin daselbst, Geh. Rath Prof. Gerhardt, provisorisch übernommen.

# Bibliographie vom Jahre 1882.

Drittes Verzeichniss.

(Fortsetzung von pag. 595 ff. und 758 ff. 1882.)

## Dermatologie.

Alcina, B., El escrofulismo, la discrasia urica y el herpetismo, en la afecciones cronicas de pecho. — Actas de las ses. d. Congr. region. de cien. med. 1879. Cádiz. 1882. p. 193—203.

Alexander, R. A., Venesection, for convulsions occurring during scarlatinal dropsy. — Canadian Journ. of med. science. Toronto. VII. p. 288; auch in Canada Lancet. Toronto. 1882—83. XV. p. 38.

Alexejev, Puzirnii zanos (myxoma multiplex). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 2900—2902.

Alison, Quelques faits relatifs à la contagion dans la fièvre typhoïde, l'angine diphthéritique et la scarlatine. — Gaz. hebdom. de méd. Paris. 2. Sér. XIX. p. 672—675.

Archangelski, N., O zablewanijach rojeou v Kronstadt v periode vremeni s dek. 1878 po oktja 1879 g. (Erysipel in Kronstadt). — Zdorovje. St. Petersburg. IX. p. 228—233.

Ardouin, L., La vaccination au Japon; ses débuts; son état actuel. — Journ. de thérap. Paris. IX. p. 441—450.

Argumosa, J. R. de, Cow-pox espontaneo. — Revista de med. y cirug. práct. Madrid. XI. p. 12—17.

Arloing, Cornevin et Thomas. Moyen de conférer artificiellement l'immunité contre le charbon symptomatique ou bactérien avec du virus atténuè. — Compt. rend. Académ. des scienc. Paris. XCV. p. 189—191.

Arloing, Cornevin et Thomas, Troisième rapport à M. le Ministre de l'Agriculture sur le résultat des inoculations préventives contre le charbon symptomatique. — Journ. de méd. vétérin. et zootech. Lyon. 3. Sér. VII. p. 449—455.

Armas, D. de, Caso de tina tonsurante curado con el àcido salicilico y el hielo machacado. — Union méd. Caracás. II. p. 144.

Baker, W. M., On prurigo, or eczematous prurigo. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 199—206.

Ballet, G., Pseudo-scarlatine et pseudo-rougeole (éruptions scarlatiniforme et rubeoliforme au cours d'états infectieux.) — Arch. générales de méd. Paris. CL. p. 272—284.

Balls-Headley, W., An account of the first case of small-pox in Melbourne in 1882. — Australian med. Journ. Melbourne. N. S. IV. p. 194—219 und 1 Taf.

Barker, P. C., The vaccination question. — Med. Record. New York. XXII. p. 58—64; auch in Transactions of the med. society of the State of New Jersey. Newark. p. 77—79.

Barocchini, E. C., Circa un caso di dermatosi occorso nell' ospedale militare di Firenze, nel giugno 1881. — Giornale di med. milit. Roma. XXX. p. 800—809.

Bassi, R., Relazione sommaria degli esperimenti d'inoculazione preventiva del carbonchio, o di vaccinazione carbonchiosa, seconda il metodo Pasteur, fatti alla R. Scuola veterinaria di Torino e commenti relativi. — Medico veter. Torino. XXIX. p. 337—366.

Bates, W. T. C., Traumatic tetanus from vaccination. — Transactions of the South Carolina med. assoc. XXXII. p. 105.

Baumbach. Ueber Erysipel im Anschluss an zwei Fälle von Erysipelas gangraenosum nach Tättowiren. — Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift. Berlin. XI. p. 394—410.

Behm, C., Ueber intrauterine Vaccination, über Schutzpockenimpfung Schwangerer und Neugeborener. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Stuttgart. VIII. p. 1—21.

Behrend, G., Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Weyl über Pityriasis rosea. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 529.

Bennett, Laryngeal fistula, probably of lupoid origin. — Dublin Journ. of med. science. 3. Ser. LXXIV. p. 81—83.

Berkley, H. J., A case of tetanus following vaccination. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83. XI. p. 241—245.

Blaise, H., De la cachexie pachydermique (myxoedéma des auteurs anglais); observation nouvelle avec aliénation mentale transitoire. — Arch. de neurolog. Paris. III. pp. 60—79, 141—159.

Bleicher, P., Pediculus pubis (Phthirius inguinalis) in den Cilien kleiner Kinder. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 976.

Boerner, P., Die Versuche im kaiserlich deutschen Gesundheitsamte über die Conservirbarkeit der animalen Lymphe. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. pp. 357, 373.

Böing, H., Zur Pocken- und Impffrage; Entgegnung auf die Kritik des Dr. Lotz. — Deutsche Vierteljahresschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Braunschweig. XIV. p. 597—618.

Bond, F. T., On scarlatinal sore-throat, and its relation to other throat-affections. — British med. Journ. London. II. p. 560.

Bourquet, E., Observations pour servir à l'étude de formes et des variétés du charbon, de son mode de transmission et de son traitement. — Bulletin et mémoires de la société de chir. de Paris. N. S. VIII. p. 392—422.

Braume, C., Acné indurata généralisée, contagieuse, ayant pour origine une acné varioliforme ou varioloïde. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LV. p. 749.

Brusasco, L., Carbonchio; piu convenienti provvedimenti proprofilattici e di polizia sanitaria per arrestarne lo sviluppo negli animali e la trasmissione all uomo (cremazione e vaccinazione). — Medico veterin. Torino. XXIX. p. 241—296.

Brügelmann, W., Ueber eine Abortivbehandlung des Panaritium. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 366.

Bryant, Epithelioma occurring in an ulcer and in an old cicatrix. — The Lancet. London. II. p. 350.

Bulkley, D., Eczema and its management. New York. 8°.

Bulkley, L. D., Acne. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 228—232.

Bulkley, L. D., Acne atrophica or lupoid acne. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. 1882—83. I. p. 20—22.

Burcht van Lichtenberg, van der, Sudor pedum foetidus. — Nederlandsch milit. Genesskundig Arch. Utrecht. VI. p. 300.

Buszyński, J., Plamica złośliwa czyli ostry orzklad krwi (Morbus maculosus malignus). — Medycyna. Warszawa. X. p. 531—534.

Campana, R., Orticaria factitia. — Annali univers. di med. e chir. Milano. CCLXI. p. 120—124.

Canto, Apuntes sobre la urticaria ab ingestis. — Gaceta de l. hospit. Valencia. I. pp. 217, 265, 289.

Carreras-Aragó, El sarampion en sus diversas manifestaciones oculares primarias ó consecutivas. — Revista de cienc. méd. Barcelona. VIII. p. 428—432.

Carsten, Verslag van de werkzaamheden der's Gravenhaagsche vereeniging voor koepokinenting ged. het jaar 1881. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 613—616.

Castagnone, A., Flemmone gangreneso. — Indipendente. Torino. XXXIII. p. 485.

Castan, A., De la contagion dans la période d'invasion de la rougeole. — Montpellier méd. XLIX. p. 5—12.

Chambrelent, L'insolement des varioleux à l'hospice Pellegrin, à l'occasion de la récente épidemie de variole à Bordeaux. — Gaz. hebdomad. d. scienc. méd. de Bordeaux. II. pp. 316, 325 u. 1 Taf.

Chassagny, Plan d'un service de vaccine à la Charité. — Annales de la société de méd. de Lyon. 1881. 2. Sér. XXIX. p. 130—142.

Chauveau, A., Étude expérimentale de conditions qui permettent de rendre usuel l'emploi de la méthode de M. Toussaint pour atténuer le virus charbonneux et vacciner les espèces animales sujettes au sang de rate. — Compt. rend. d. Académ. d. scienc. Paris. XCIV. p. 1694—1698; auch in Journ. de méd. vétér. et zootech. Lyon. 3. Sér. VII. p. 337—343.

Cheadle, W. B., On the existence of two distinct forms of eruptive fever, usually included under the head of measles, and the relation to them of so-called rubeola or Rötheln. — Arch. of dermat. New. York. VIII. p. 210—220.

Chiari, O., Stenose des Kehlkopfs und der Luftröhre bei Rhinosklerom. — Med. Jahrbücher. Wien. p. 169—184 u. 1 Taf.

Chirjev, S. I., Po povodu stati E. V. Vasilev: „K voprosu ob izmerenii elektrokojnoi chuvstivitelnosti". (Erwiederung auf den Artikel des E. V. Vasilev. „Ueber die Sensibilität der Haut".) — Med. Vestnik. St. Petersburg. XXI. pp. 137, 154.

Cleveland, J. L., Purpura haemorrhagica variolosa. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 265.

Cody, J., Cases of elephantiasis of scrotum. — Lancet. London. II. pp. 223, 264.

Cody, T., Large elephantoid tumor of scrotum; weighing fifty-six pounds; removal; recovery. — Ebenda. II. p. 142.

Coen, E., Storia di un caso di idrosadenite curato nella clinica dermo-sifilopatica del Prof. P. Gamberini. — Giornale ital. d. malattie ven. e d. pelle. Milano. XVII. p. 226—229.

Coggeshall, W. H., Chrysophanic acid in psoriasis. — Southern Clinic. Richmond. V. p. 251—253.

Compton, J. W., Animal vaccination. — Transactions of the Indiana State med. soc. Indianapolis. XXXII. p. 188—192.

Cortezao, A. A., Pustula maligna tratada pelo acido phenico. — Coimbra méd. II. p. 216—219.

Crocker, H. R., On affections of the mucous membranes in lichen ruber vel planus. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. p. 161.

Cummiskey, J., Notes on tinea decalvans. — Philadelphia med. Times. 1882—83. XIII. p. 41.

Cunningham, J. M., General history of vaccination. — Reports of the Sanitary Commiss. of India 1880. Calcutta. 1882. XVII. p. 129—137.

Curtis, F. C., A case closely simulating true prurigo. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 232—236.

Dancy, F. W., Scarlet fever. — Transactions of the Mississippi State med. assot. Jackson. XV. p. 66—71.

Dauchez, H., Purpura symétrique des membres inférieurs avec hyperesthésie survenue chez un épileptique devenu alcoolique. — France méd. Paris. II. p. 258—260.

Davies-Colley, J. N. C., Notes on two cases of malignant pustule, together with a table of seventeen cases which have been treated at Guy's Hospital; with a report on the microscopical examination of sections from a portion of the skin of the cheek, affected with charbon, removed during life from a patient by F. C. Turner. — Proceedings of the Roy. med. and chir. society of London. IX. Nr. 4. p. 177—179.

Dedet, Léon, Contribution à l'étude du purpura hémorrhagique des pays chauds et de ses rapports avec l'intoxication palustre. Thèse. Paris. 4°. p. 48.

De Luca, R., Sullo xantoma a grossi nodi. (Xantoma tuberoso a tumori di Chambard e Besnier.) — Giornale ital. d. malatt. ven. e d. pelle. Milano. XVII. p. 147—156.

Dobson, J., A letter to the Senators und Representatives of

the State of Connecticut (in opposition to compulsory vaccination). New York. 8°. p. 6.

Dreyfus-Brisac, L., Note sur la médication éthérée-opiacée dans la variole. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2. Sér. XIX. p. 527—529.

Du Castel, R., De la médication éthérée-opiacée dans la vériole. — Ebenda. p. 575.

Dumitrescu, Raport medical asupra epidemiei de angina difterica, variola si rugeola ivita intre populatiunea comunei Slanic-de la 23 Octom. 1881, pana la 13 Jun. 1882. (Epidemie von Diphtheritis, Blattern und Rötheln.) — Progresul med. roman. Bucuresci. IV. p. 204—207.

Duvernoy, Scarlatina maligne adynamique; ictère; mort. — Bulletin de la société clin. de Paris (1881). 1882. V. p. 278—281.

Edouard, Pustule maligne inoculable transmise par une mouche. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LV. p. 810.

Eklund, A. F., Note sur les miasmes contagieux de la scarlatine et de la rougeole. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 405—408.

Elek, L., Die Scharlachepidemie in Orosháza. — Aus Gyogyászat. Budapest, in Pester med. chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 562.

Ellsbury, Clara M., Psoriasis palmaris. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 53—55.

Eskridge, J. T., The recent epidemic of measles. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 233—237.

Evers, Impfung und Pocken. — Deutsche Vierteljahresschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Braunschweig. XIV. p. 618.

Ewald, A. und C. F. W. Krukenberg, Ueber die Verbreitung des Guanin, besonders über sein Vorkommen in der Haut der Amphibien, Reptilien und von Petromyzon fluviatilis. — Untersuch. an dem physiol. Institut der Univers. Heidelberg. IV. p. 253—265.

Eyhérabide, Eczéma pemphigoïde des ongles de la main. — Gaz. méd.-chir. de Toulouse. XIV. p. 185.

Fabre, P., Coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez un même sujet. — Société d. scienc. méd. de Gannat. Compt. rend. Paris. 1881. XXXV. p. 58—63.

Fazio, F., Sopra un caso di morbo maculoso di Werlhof curato coll' olio essenziale di trementina. — Annali clin. d. ospit. incurab. Napoli. VII. p. 80—86.

Fehleisen, Ueber die Züchtung der Erysipelcoccen auf künstlichem Nährboden und ihre Uebertragbarkeit auf den Menschen. — Deutsche med. Wochenschr. VIII. p. 553.

Feltz, Sur les vaccinations anticharbonneuses. — Revue méd. de l'est. Nancy. XIV. p. 473.

Féris, B., Étude sur la nature du béribéri. — Arch. de méd. naval. Paris. XXXVIII. p. 81—119.

Fiessinger, C., Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique. — Mémoires de la société de méd. de Nancy 1880—81. 1882. LXIX. pt. 2. p. 102—106.

Finlayson, J., On the occurrence of three eruptions during one attack of measles. — Glasgow med. Journ. XVIII. p. 168—170.

Fitch. G. L., Report of (on leprosy). Honolulu. 8°. p. 47—62 und 10 Photogr.

Fòrmica Corsi, A., Estudios sobre el terreno acerca la actual epidemia de sarampion. — Revista de ciencias méd. Barcelona. VIII. p. 483—488.

Fournier, A., Un cas de myxoedéme et quelques réflexions sur la pathogénie de cette affection. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2. Sér. XIX. p. 55—59.

Fox, G. H., On the use of certain instruments in the treatment of skin diseases. — Med. News. Philadelphia. XLI. p. 169—172.

Fox, G. H., Note on the development of trichophytosis cruris. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. 1882—83. I. p. 1 und 1 Tafel.

Frisch, A. von, Zur Aetiologie des Rhinoskleroms. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 969—972.

Galij-Briulat, Raphaël Marie-Joseph. Le bouton d'Alep, Thèse, Paris. 4°. p. 46.

Galvagno-Bordonari, P., Sull' obbligo della vaccinazione. — Osservatore med. Palermo. 3. Ser. XII. p. 211—218.

Gamberini, P., Caso di micosi fungoide. Milano. 8°. p. 8.

Gamberini, P., Le malattie dei peli e delle unghie. Bologna. 8°. pp. VII. 232.

Gatté E. (und Andere), Relazioni sulle prove di vaccinazione carbonchiosa eseguite presso le R. Scuole superiori di medicina veterinaria di Milano, di Torino, di Bologna e di Pisa. — Giornale di med. veter. Torino. XXXI. p. 462—498.

Geber, E., Az epithelioma molluscum (Virchow) universale esete különös, tekintettel e bántalom lényegére. — Orvosi hetilap. Budapest. XXVI. pp. 673, 701, 732 und 1 Tafel; auch in: Pester med. chir. Presse. Budapest. XVIII. pp. 685, 703.

Gemma, A. M., Delle diatesi e dei loro rapporti colle dermatosi: lettura. Milano. 8°. p. 26.

Gibier, P., De la possibilité de faire contracter le charbon aux animaux à sang froid en élevant leur température. — Tribune méd. Paris. XIV. p. 334; auch in: Recueil de méd. vétér. Paris. 6. Sér. IX. p. 751—755.

Giovannini, S., Di una forma particolare di acne ulcerosa al naso, guarita rapidamente coll' uso dell' iodoformio. — Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle. Milano. XVII. p. 160—164.

Goldscheider, A., Hereditäre Neigung zur Blasenbildung. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. p. 163.

Goldscheider, A., Hautaffectionen bei acuter Miliartuberculose. — Ebenda p. 193.

Gönner, A., Zur Casuistik des Carcinoms der Vulva. — Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk. Stuttgart. VIII. p. 167—175.

Gotti, A., Inoculazione preventiva del carbonchio o vaccinazione carbonchiosa di Pasteur. — Giornale di med. veter. Torino. XXXI. p. 357—383.

Gowans, W., History of a case of myxoedema. — British med. Journ. London. I. p. 772.

Griffini, L., Sull' immunita contro il carbonchio. — Gazz. d. ospit. Milano. III. p. 474.

Griffth, G. de, On the unity of poison in scarlet, typhoid, and puerperal fevers, diphtheria, erysipelas, sore-throat; certain forms of diarrhoea, and allied affections; and in many other aliments heretofore usually considered to be separate and entirely distinct diseases. — Glasgow med. Journ. XVIII. pp. 22, 100, 184.

Grilli, P., La pellagra nella provincia di Firenze. — Imparziale. Firenze. XXII. p. 477—479.

Grindon, J., Otitis media as a sequel of small-pox. — St. Louis Courrier med. VIII. p. 134.

Gross, Un cas d'éléphantiasis congénital des paupières et de la région temporale. — Revue méd. de l'est. Nancy XIV. pp. 321, 361, 401.

Gualdi, Efidrosi ed emorragia isterica. — Bulletino d. r. Accadem. med. di Roma. VIII. p. 107—129; auch in: Morgagni, Napoli. XXIV. p. 349—360.

Gubian, Contribution à la sclérodermie. — Annales de la société de méd. de Lyon. 1881. 2. Sér. XXIX. p. 234—246.

Guelliot, O., Erysipèle de la face. — Gaz. méd. de Paris. 6. Sér. IV. p. 393.

Guérin, E. A., Du traitement de la gale par le naphtol. Thèse. Paris. 4°. p. 54.

Guérin, J., Sur les inoculations virulentes préventives. — Bulletin de l'Académ. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles. 3. Sér. XVI. p. 600—622.

Guibout, E., Du diagnostic dans les maladies de la peau. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIV. p. 121—125.

Guibout, E., De la sécrétion dans les maladies de la peau. — Ebenda. XXXIII. p. 1037—1039.

Guy, W. A., Two hundred and fifty years of small-pox in London. — Sanitary Record. London 1882—83. N. S. IV. pp. 47, 93.

Hadden, W. B., The nervous symptoms of myxoedema. — Brain. London. V. p. 188—196.

Hahn, P., De la lèpre. Nancy. 4°.

Hallopeau, H. et Tuffier, Note sur un cas d'herpes phlycténoïde de la face avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIII. p. 965—971.

Hardaway, W. A., A case of pigmented neoplasm of the skin. — Med. News. Philadelphia. XLI. p. 302.

Hardaway, W. A., Essentials of vaccination; a complication of facts relating to vaccine inoculation and its influence in the prevention of small-pox. Chicago. 8°. p. 146.

Hardy, A. et A. de Montméja, Clinique photographique des maladies de la peau. III^e édition. Paris. 4°.

Harrison, G. B., Rötheln. — Virginia med. Monthly. Richmond 1882—83. IX. p. 261—264.

Harrison, T. T. S., A case of elephantiasis. — American Journ. of the med. scienc. Philadelphia. N. S. LXXXIV. p. 480—482.

Hecht, L., Les lépreux en Lorraine. Nancy. 8°. p. 54.

Heffinger, A. C., Elephantiasis Arabum in the Samoan Islands. — Boston med. and surg. Journ. CVII. p. 154—156.

Heitzmann, C., Remarks on the use of ergot in skin diseases. — Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 873.

Heitzmann, C., Studies on myxo-angioma of the skin; clinical and microscopical. Ebenda. p. 873.

Hélot, Observation d'incubation prolongée du vaccin. — Union méd. de la Seine-Inférieure. Rouen. XXI. p. 34—36.

Henoch, Ueber Scharlachrecidive. — Wiener med. Blätter. V. p. 35—39.

Herandez-Poggio, R., El mal del pinto dermatomicósis polispilórica. — Siglo mèd. Madrid. XXIX. pp. 520, 553.

Herandez, R., Purpura hemorrhágica; curacion. — Annal. de obstet., ginep. y pediat. Madrid. 2 ép. p. 161—165.

Heubner, O., Erythema exsudativum multiforme. (Remittirendes Fieber mit Phlyctaenideneruption. Wunderlich.) — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig. XXXI. p. 297—306.

Hirschberg, Versuche mit conservirter animaler Lymphe nach Pissin und Reissner. — Deutsche med. Wochenschrift. Berlin. VIII. p. 455.

Hofmokl, Elephantiasis der Eichel und Vorhaut bei einem sechsjährigen Knaben, entstanden nach einer Operation der Vorhautverengerung mit nachfolgender Entwicklung von chronischem Blasen- und Nierenbeckenkatarrh und Ausbildung von Urinfisteln in der Mittelfleischgegend. Amputatio penis; Heilung; consecutiv hoher Blasenstich; Tod. — Arch. f. Kinderheilkunde. Stuttgart 1881—82. III. p. 373—377 und 1 Taf.

Hoggan, G. et Francis E. Hoggan, Etude sur les changements subis par le système nerveux dans la lèpre. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris. 2. Sér. X. pp. 83, 233 und 3 Taf.

Holland, J. W., Remarks upon a case of myxoedema. — American Practitioner. Louisville. XXVI. p. 129—134.

Huidekoper, R. S., Vaccine establishment of Belgium. — Philadelphia med. Times. 1882—83. XIII. p. 54—56.

Hutchinson, C. F., Tincture of jodine in erysipelas. — British med. Journ. London. II. p. 209.

Hutchinson, J., Clinical lecture on a remarkable case of lupus erythematosus. — Med. Times and Gaz. London. I. p. 657.

Iliescu, P., Cate-va consideratiuni asurpa pelagrei. — Progresul med. roman. Bucuresci. IV. p. 193—196.

Irsai, A. und V. Babes, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Einfluss des Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut. — Pester med. chir. Presse. Budapest. XVIII. pp. 560, 584; aus Orvosi hetilap.

Ivanovski, N. P., Bakterichеskoe vospalenie pochek, kak posledstvie roji. (Bakterinale Nephritis nach Erysipel). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg. II. p. 361—368.

Jamain, Phlegmon diffus de la paroi latérale du thorax; mort rapide. — Bulletin de la soc. clin. de Paris (1881), 1882. V. p. 136—139.

Jamieson, W. A., Some uncommon sequelae of diseases of the skin. — The Lancet. London. II. p. 435.

Jenkins, J. F., Tardive development of scarlatinal nephritis. — New York med. Journ. XXXVI. p. 167.

Joffroy, A., Chute spontanée de l'ongle des gros orteils chez un malade non ataxique. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIV. p. 210—212.

Jouin, F., Psoriasis de la muqueuse vulvaire; épithélioma. — Médecin prat. Paris. III. p. 317.

Kaposi M., Indicationen und Methoden der Behandlung der Hautkrankheiten mittelst Naphtol. — Wiener med. Wochenschrift. XXXII. pp. 909, 937.

Keables, E. H., Is artificial heat a necessity in the propagation of small-pox? — Med. Gaz. New York. IX. p. 377.

Kearney, T. H., A contribution of the statistics of small-pox in Cincinnati. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 122—125.

Keating, J. M., The presence of the micrococcus in the blood of malignant measles; its importance in treatment. — Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 765—771; auch in: Med. News. Philadelphia. XLI. p. 131—135; Boston med. and surg. Journ. CVII. p. 101—105; Louisville med. News. XIV. p. 99—103.

Kerschensteiner, von, Ueber die Vertragbarkeit der Masern, des Scharlachs und der Blattern durch dritte Personen. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München. XXIX. pp. 413, 425, 437, 447.

Kevin, R., Epithelioma following rupia. — Med. Bulletin. Philadelphia. IV. p. 200.

Key A. und G. Retzius, Zur Kenntniss der Saftbahnen in der Haut des Menschen. (Aus dem Jahre 1876.) — Biolog. Untersuchungen. Stockholm 1881. I. p. 105—107.

Koller, G., Neuere Fälle eines durch einen Getreideschmarozer verursachten Hautausschlages. — Aus: Orvosi hetilap. Budapest. XXVI. p. 821 in: Pester med. chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 745.

Kollock, C. W., A severe type of Rötheln. — North Carolina med. Journ. Wilmington. X. p. 5—8.

Korentski, A. G., K kazuistikie i terapii rojistich vospalenii (Behandlung des Erysipels). — Vrach. St. Petersburg. III. pp. 376, 392, 407.

Krasin, A., O mierach preduprejdenija vrednich posliedstvii ospoprivivanija (Vorbeugung der schädlichen Zufälle bei der Vaccination). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3025—3029.

Lagout, Herpés noir des lèvres. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIII. p. 1014—1018.

Lagout, Note relative à deux observations de fièvres éruptives; scarlatine; erysipèle. — Société d. scienc. méd. de Gannat. Compt. rend. Paris 1881. XXXV. p. 64—66.

Lagout, Considérations générales sur l'herpés et la pneumonie. — Ebenda. p. 43—49.

Lassar. O. und R. W. Bishop, Die Uebertragbarkeit der Alopecia praematura. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. p. 131—135.

Lattey A., Report of a case of myxoedema. — Lancet. London. I. p. 1031.

Leblanc, C., Rapports faits à la Société centrale de médecine vétérinaire, au nom de la commission chargée d'étudier la question des affections charbonneuses. Paris. 8°. p. 26.

Legrand du Saulle, Nouveau cas de myxoedéme ou cachexie pachydermique. — Progrès méd. Paris. X. p. 81.

Leonard, B. F., The caustic potach treatment of carbuncle. — Maryland med. Journ. Baltimore 1882—83. IX. p. 148—150.

Letulle, Notes et observations sur le zona lombaire ou sacré, secondaire aux affections génito-urinaires. — Bulletin de la société clin. de Paris (1881), 1882. V. p. 195—207.

Leviste, Blepharite ciliare due à la présence de pediculi pubis dans les cils des paupières supérieures. — Médecin. Paris. VIII. Nr. 38.

Lewaschew, S., Versuche über die Innervation der Hautgefässe. — Arch. f. d. gesammte Physiol. Bonn. XXVIII. p. 389—478.

Linares, A., Due casi di leuce volgare o lebbra bianca, guariti

con un preparato di jodio. — Indipendente. Torino. XXXIII. p. 538—540.

Livingston, B., A case of diffuse congenital keratoma (ichthyosis congenita). — American Journ. of obstetrics etc. New York. XV. p. 988—1006.

Logan, J. H., The recent vaccination in Atlanta; history of the movement; its methods, results, concurrent facts, and the relations of these to sanitary medicine and social life. — Atlanta med. Register. 1881—82. N. S. I. p. 646—662.

Lombard, J. S., Experimental researches on the propagation of heat by conduction in bone, brain-tissue, and skin. — Proceedings of the roy. med. and chir. soc. of London 1881—82. XXXIII. p. 11—15.

Lopez Cerezo, F., Breves observaciones sobre la viruela en los individuos vacunados. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1882—83. ano VI, vol. I. p. 95—103.

Lydston, G. F., The treatment of erysipelas. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLV. p. 1—15.

Macdonogh, G. V., Amputation of scrotum for elephantiasis Arabum; employment of Macdonogh's clamp; complete recovery. — Med. Press and Circular. London. N. S. XXXIV. p. 192.

Madigan, M. J., Insanity from measles. — American med. Weekly. New York. XV. p. 869.

Mahiels, Emploi de l'atropine dans le traitement de l'urticaire. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3. Sér. XXI. p. 463—466.

Mahomed, Myxoedema improving under treatment. — Med. Times and Gaz. London. I. p. 318.

Maiocchi, Sulla etiologia del favo, vespaio (antrace); ricerche micrologiche. — Bolletino d. r. Accadem. med. di Roma. VIII. p. 30—32.

Malherbe, A., Recherches sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes 1881. XV. pp. 137, 246 und 5 Taf.

Martini, Behandlung der Prurigo. — Jahresbericht der Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde in Dresden 1881—82. p. 39.

Mc Collom, J. H., The small-pox epidemic in Boston. — Boston med. and surg. Journ. CVI. p. 345—347.

Meierhof, E., Note on excessive sweating of the feet. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83. IX. p. 203.

Merensky, A., Lepra unter der Zulubevölkerung der Natal-Colonie. — Virchow's Archiv. Berlin. LXXXIX. p. 187—189.

Mesnard, E., Du traitement de la pustule maligne. Paris. 8°. p. 58.

Meymar, Alexandre de, Contribution à l'étude du phlegmon diffus du membre supérieur. Thèse. Paris. 4°. p. 33.

Micé, L., Les vaccinations charbonneuses dans la Gironde. — Journ. de méd. de Bordeaux 1881—82. XI. p. 540—543.

Moir, J., Report of one thousand cases of small-pox in West Ham Union Hospital. — Lancet. London. II. p. 98—100.

Moore, C. F., Short notes on vaccination. — British med. Journ. London. II. p. 569.

Morse, J. F., A case of probably recovery from malignant pustule. — Pacific med. and surg. Journ. San Francisco 1882—83. XXV. p. 214.

Morris, M., The treatment of chronic ringworm of the scalp, a new method of epilating the diseased hairs. — British med. Journ. London. I. p. 901.

Müller, Die Milzbrandimpfungen in Packisch. — Arch. für wissensch. und prakt. Thierheilk. Berlin. VIII. p. 319—338.

M' Vail, J. C., An inquiry into the prevalence of small-pox in Kilmarnock in the last century. — Sanitary Journ. Glasgow 1882—83. N. S. VI. p. 129—142.

Napier, A., A case of eczema of the nipple and areola; with remarks on the nature and diagnosis of that affection. — Glasgow med. Journ. XVIII. p. 177—184.

Neumann, I., Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina. — Med. Jahrbücher. Wien. p. 159—168.

Nicaise, De l' érysipèle. — Gaz. méd. de Paris. 6. Sér. IV. pp. 346, 357.

Nieden, A., Ein Fall von recidivirendem Herpes zoster ophthalmicus. — Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Leipzig. VI. p. 161—169.

Olavide, Eritema elefantiasico del brazo derecho de una mujer. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1882—83, ano VI., vol. I. p. 109.

Olavide, Nevus vascularis; ulcera varicosa y callosa de la pierne izquierda. — Ebenda. p. 107—109.

Orlebar, H. G., Measles with marked throat complications. — British med. Journ. London. I. p. 903.

Pagani, G., Relazione intorno agli studj fatti in Franzia sulla vaccinazione carbonchiosa. Piacenza. 8°.

Pantjuchov, Privivaetsja li ospoprivivaniem zolotucha? (Ist die Uebertragung der Scrophulose durch die Vaccination wahrscheinlich?) — Vrachebnija Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3065.

Pavesi, C., Della farina di grano turco e delle pellagra. Torino. 8°. — Aus: Giornale di farmac.

Pavesio, La pellagra in Mazzé. — Giornale della reale Accad. di med. di Torino. 3. Sér. XXX. p. 502—548.

Pawlik, A., Jodoform bei exsudativen Hautaffectionen. — Wiener med. Presse. XXIII. p. 1023.

Péan, Singulière affection cutanée ressortissant à la chirurgie; traitement par la méthode du grattage. — Médecin prat. Paris. III. p. 438.

Pearse, T. F., Remarks upon the stages of infectiveness of measles. — British med. Journ. London. II. p. 662.

Pebroud, Rapport de la Commission de vaccine pour l'année 1880. — Annales de la soc. de méd. de Lyon 1881. 2. Sér. XXIX. p. 29—38.

Pereton, Eczéma impétigineux presque généralisé; vaccination à la cuisse; guérison de l'éczéma. — Soc. d. scienc. méd. de Gannat. Compt. rend. Paris. 1881. XXXV. p. 66.

Perfilev, M. O., K terapii jazv na konechnostjach. Elastichieskoe bintovanie viskablivanie iodoform. (Behandlung der Geschwüre an den Extremitäten mit Jodoform.) — Med. Vestnik. St. Petersburg. XXI. pp. 41, 61.

Perrin, A., De l'ulcère simple du pied. Lyon. 4°.

Pietra Santa, de, La vaccination en Allemagne. — Journ. d'hygiéne. Paris. VII. p. 409—412.

Pietra Santa, de, Sulla vaccinazione obligatoria. — Gazz. ital. lombard. Milano. 8. Sér. IV. p. 320.

Piffard, H. G., Cases of leprosy. — Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 720—722, auch in Med. Record. New York. XXII. p. 78—81.

Platero, F., Diagnóstico del herpetismo. — Enciclop. med. farm. Barcelona. VI. p. 466—469.

Podhajsky, V., Zur Aetiologie der acuten Exantheme. — Wiener Klinik. VIII. p. 255—346.

Politzer, A., Die parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges. — Wiener med. Wochenschr. XXXVII. p. 881.

Portalier, Mélanodermie phtiriasique survenue chez une femme cachectique. — Annales de dermat. et syph. 2. Sér. III. p. 484—488.

Post, A. C., Treatment of dermato-cellulitis by the actual cautery. — New York med. Journ. XXXVI. p. 194.

Post, Sarah E., Cutaneous irritation and the pulse. — Med. Record. New York. XXII. p. 365—370.

Pütz, Ueber Schutz- und Nothimpfungen im Dienste der Sanitätspolizei. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 444.

Puzey, C., Extensive epithelioma of penis and scrotum; operation; satisfactory result. Lancet. London. II. p. 10.

Quincke, H., Ueber acutes umschriebenes Hautödem. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. 129—131.

Quincke, H., Ueber einfache Scharlachwassersucht. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 409—411.

Raimondi, C., Kerion curato e guarito con l'acido pirogallico. Milano. 8°. — Aus: Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle.

Raymond, Un cas de décoloration rapide de la chevelure (en cinq heures de temps) dans le cours de violentes névralgies du cuir chevelu. — Revue de méd. Paris. II. p. 770—774.

Reiter, W. C., Psoriasis inveterata. — Ephemer. mat. med. Brooklyn. I. p. 115—121.

Reynolds, T. N., Cool air etc. in measles and scarlet fever. — Transactions of the State med. soc. of Michigan. Lansing. VIII. Nr. 2. p. 193—195.

Richardière, H., Note sur un cas d'érythème polymorphe. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 409—412.

Richardson, M. H., Vaccination after variola; effects of vaccination and revaccination. — Boston med. and surg. Journ. CVII. p. 394.

Richon, Kéloïde cicatricielle abcédée; extirpation. — Bulletins et mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. VIII. p. 440.

Rico, H., Pustula maligna en una nina de seis meses; curacion. — Annal. de ciruj. Madrid. I. p. 198.

Riggs, W. J., Cases of small-pox. — Ohio med. Journ. Columbus. I. p. 528.

Riemslagh, Considérations pratiques et statistiques sur l'utilité des revaccinations dans l'armée. — Bulletin de l'Académ. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles. 3. Sér. XVI. p. 571—577.

Robinson, T., The etiology and treatment of baldness and grayness. London. 8°.

Rohé, G. H., Two cases of acute general psoriasis following vaccination. — Med. News. Philadelphia. XLI. p. 302; auch in: Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. 1882—83. I. p. 11—14.

Rohlfs, H., Kritische Glossen über Pasteur's Beobachtungen hinsichtlich der Aetiologie und Prophylaxis des Milzbrandes. — Wiener med. Presse. XXIII. pp. 998, 1028, 1056.

Roig é Ibanez, Breves consideraciones téorico-practicas sobre la neuritis herpética. — Siglo méd. Madrid. XXIX. p. 570—572.

Roland, Armand, Des complications lymphatiques dans les affections eczémateuses. Thèse. Paris. 4°. p. 46.

Rombo (?), Urticaria slizistich seroznich i sinovialnich obolochek (Urticaria auf Schleim-, Synovial- und serösen Häuten). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3415—3420.

Rombro (?), K voprösu o psoriasis. — Ebenda. VIII. p. 3241.

Rossignol, H., Compte-rendu des nouvelles expériences faites au Clos-Pasteur, à Pouilly-le-Fort, sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination Pastorienne et sur la contagion possible du charbon sur le séjour des animaux sur le sol de fosses dans lesquelles ont été enfouis les sujets morts des suites de l'inoculation charbonneuse en Mai 1881 et en Janvier 1882. — Recueil de méd. vétér. Paris. 6. Sér., IX. p. 961—699.

Roth, T., Ueber Erysipelas faciei (Erysipelas phlegmonodes). — Memorabilien. Heilbronn. N. F. II. p. 285—295.

Rouxeau, C., Du danger de supprimer trop brusquement les affections cutanées chroniques. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes. XVI. p. 29—35.

Royer, A., Étude sur les leproïdes du type Lazarin. Thèse. Lyon. 4°. p. 72.

Rozsahegyi, A., Bacterien in Eiterpusteln bei Malleus humidus. — Aus Orvosi hetilap. Budapest. Nr. 24 in Pester med. chir. Presse. XVIII. p. 724.

Sabatier, L., Traitement des scrofulides cutanées infantiles. — Thérap. contemp. Paris. II. p. 577—585.

Sachs, O., Eine impetigoähnliche contagiöse Dermatose. — Breslauer ärztl. Zeitschr. IV. p. 186.

Saussol, A., Coëxistence des éruptions de variole et de scarlatine avec antériorité de l'éruption variolique. — Gaz. hebdomad. de scienc. méd. de Montpellier. IV. p. 387—390.

Schaper, Zwei Fälle von Purpura haemorrhagica. — Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. Berlin. XI. p. 387—393.

Schulz, H., Ueber Psoriasis und deren Behandlung. Zweite Auflage. Kreuznach. 4°.

Schumacher, jr. On chronic skin diseases treated by the waters of Aix-la-Chapelle. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 187—198.

Séguin, E. C., On a peculiar cutaneous lesion (ulcus elevatum) occurring during the use of bromide of potassium. — Arch. med. New York. VIII. p. 149—157.

Semmola, M., Un caso di uremia per nefrite scarlatinosa, guarito colle injezioni ipodermiche di pilocarpina. — Rivista ital. di terap. ed igiena. Piacenza, II. p. 265—267.

Seppilli, G., Del mixoedema o cachessia pachidermica. — Rivista speriment. di freniatria e di med. legale. Reggio-Emilia. VIII. p. 114—123.

Shearer, J. Y., Cold treatment for scarlatina. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 257—259.

Shoemaker, J. V., The oleates and oleo-palmitates in skin diseases. — Med. Bulletin. Philadelphia. IV. p. 153—159.

Silva Lima, J. F. da, Erysipela septica seguida de abcessos multiplos e necrose do occipital em uma criança recem-nascida: cura. — Gaz. med. da Bahia 1881—82. 2. Sér. VI. p. 560—565; Französisch von H. Rey in Courrier méd. Paris. XXXII. p. 338.

Smith, A., Ringworm, its diagnosis and treatment. II[d] edition, rewritten and enlarged. With illustrations. Lewis. 8°. p. 180.

Smith, J. L., Clinical remarks on scarlet fever. — Med. News. Philadelphia. XLI. pp. 57, 85.

Sormani, G., Sulla statistica, geografia ed eziologia della tigna. — Giornale ital. de mal. ven. e d. pelle. Milano. XVII. p. 137—147.

Sota y Lastra, R. de la, De los caracteros clinicos que distinguen la lepra, el lupus y el cancer de la garganta. — Rivista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, ano VI., vol. II. p. 321—327.

Sota y Lastra, R. de la, Classificacion de las enfermedades de la piel. — Actas de las ses. d. Congr. region. d. cienc. méd. 1879. Cádiz. 1882. p. 437—446.

Spillmann, Observation de chromidrose. — Mémoires de la soc. de méd. de Nancy (1880—81). 1882. p. XLV.

Spruyt, Ulcères variqueux anciens; compression; guérison. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3. Sér. XXII. p. 112—117.

Squire, W., On rubella; rubeola sine catarrho; Rötheln, or German measles. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 221—227.

Startin, J., A case of „true eastern leprosy", in its early stages treated by chaulmoogra oil. — Lancet. London. II. p. 159.

Stelwagon, H. W., An interesting case of herpes iris. — Med. News. Philadelphia. XLI. p. 429.

Stelwagon, H. W., A case of feigned eruption. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 236.

Suchard, Des modifications des cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans quelques cas pathologiques. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris. 2. Sér. X. p. 445—456 und 1 Taf.

Suchard, Des modifications et de la disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau. — Ebenda. p. 205—212 und 1 Taf.

Szrejber, O., Jodoform przy wilku. (Jodoform bei Lupus.) — Gaz. lekarska. Warszawa. 2. Ser. II. p. 538—540.

Tatham, J., Measles and whoo ping cough. London. $8^0$.

Taylor, R. W., Notes on psoriasis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. 1882—83. I. p. 3—10.

Teillais, Eléphantiasis des paupières. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes. 1881. XV. p. 85—91 und 3 Taf.

Thayer, C. C., Herpes zoster not a skin disease. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 365—367.

Thin, G., A case of congenital abnormality in the hair-production on the scalp. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 237—239.

Thin, G., Bacterium decalvans; an organism associated with the destruction of the hair in alopecia areata. — British med. Journ. London. II. p. 304: auch in: Proceedings of the Roy. med. and chir. soc. of London. 1881—82. XXXIII. p. 247—253 und 1 Taf.

Thin, G., On Trichphyton tonsurans (the fungus of ringworm). — British med. Journ. London. II. p. 301—308 und in Proceedings

of the Roy. med. and chir. soc. of London 1881—82. XXXIII. p. 234—246 und 1 Taf.

Toloshinov, N. F., K terapii zuda narujnich polovich organov (Pruritus pudendorum). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3175—3177.

Tombari, T., Di alcune morbosi avvenimenti prima e dopo il parto nelle vaccine. — Giornale di anatom. fisiol. e patol. di animali. Pisa. XIV. p. 173—185.

Tordeus, E., Un cas de variole inoculée. — Journ. de méd. et pharmac. Bruxelles. LXXV. p. 236—241.

Trachiner, J., Algunas consideraciones sobre el sarampion. — Crónica méd. Valencia. 1881—82. V. p. 645; 1882—83. VI. p. 23.

Trapenard, père, Présentation d'un malade atteint d'eczéma chronique sur les quatre membres; particularités; guérison. — Société d. scienc. de méd. de Gannat. Compt. rend. Paris 1881. XXXV. p. 49.

Trapenard, pére, Épidémie de scarlatine en 1854 et série de scarlatines en 1880. — Ebenda. p. 105—110.

Truzzi, E., Delle vaccinazione intrauterina. — Gazz. di ospit. Milano. III. pp. 514, 524.

Tschernov, V. E., O smeshannoi forme skarlatini i diphtheria (Ueber die Combination von Scharlach und Diphtheritis). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg. II. pp. 299, 323.

Unna, P. G., Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweisssecretion. — Schmidt's Jahrbücher. Leipzig. CXCIV. p. 98—99.

Valera y Jimenez, T., Cuatro casos de pelagra. — Siglo méd. Madrid. XXIX. p. 540—542.

Valle, A., Della pellagra, sua unica causa diretta, sua cura, sua profilassi. — Arch. clinic. ital. Roma. XII. p. 17—19.

Vallin, E., L'institut vaccinogène militaire d'Anvers. — Revue d'hygièn. Paris. IV. p. 633—639.

Van Merris, Rapport sur les revaccinations pratiquées en 1882 sur la garnison de Dunkerque. — Recueil de mémoires de méd. milit. Paris. 3. Sér. XXXVIII. p. 401—404.

Verrier, E., Une épidémie de teigne à Paris. — Médecin prat. Paris. III. p. 289—295.

Vidal, E., Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 457—461.

Vincent, A., Du prurigo chronique et en particulier du prurigo d'Hebra. Thèse. Paris. 4°. p. 66.

Vyetlinski, F., Sibirskaja jazva na loudjach v Oegopolskom uezde Podolskoi gubernii v. 1882. g. (Milzbrand beim Menschen). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3402.

Watermann, S., Beri beri. — American med. Weekly. New York. XIV. p. 197.

Welch, W. M., On some unfortunate results of vaccination; arising principally from carelessness in collecting and preserving vaccine virus. — Philadelphia med. Times. 1881—82. XII. p. 800—806.

Weyl, A., Zur Frage der Selbstständigkeit der Pityriasis rosea (Gibert). — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 495.

Wheelock, G. G., A case of diffuse congenital keratoma (congenital ichthyosis). — Illustr. quart. med. and surg. New York. I. p. 67 und 1 Taf.

White, J. C., The question of contagion in leprosy. — American Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXIV. p. 433—454.

Wilson, E. T., Some peculiar features of a recent epidemic of measles in Cheltenham. — British med. Journ. London. II. p. 518—520.

Wolberg, L., Ein Fall von Scarlatina-Variola. — Berliner klin. Wochenschr. XIX. p. 567.

Vaccination acts (compulsory clauses repeal). A bill to repeal the compulsory clauses of the vaccination acts. (Ordered, by the H. of commons, to be printed, 10 Feb. 1882). London. fol. 1 Bogen.

National Board of Health. (Vaccination.) Immigrant inspection service. Operations in the western district during the month of Augus 1882. By the Supervising Inspector to the Secretary of the National Board of Health. Springfield. fol. 1 Bogen.

National Board of Health. Immigrant inspection service. Operations in the Illinois district during the month of July. 1882. By the Supervising Inspector to the Secretary of the National Board of Health. Springfield. 4°. 1 Bogen.

Die Impfungen und Wiederimpfungen im Königreiche Sachsen 1881. — Correspond.-Blatt d. ärztl. Kreis- und Bezirks-Vereines im Königreiche Sachsen. Leipzig. XXXIII. p. 1—6.

Negende jaarverslag van het Parc Vaccinogene bij's rijks veeartsenijschool te Utrecht (1881). — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneskunde. Amsterdam. XVIII. p. 569—571.

Verslag van de werkzaamheden van het genootschap ter bevordering der koepokinenting onder de zinsprenk „Ne pestis intret vigilia“ te Rotterdam, gedurende het jaar 1881. — Ebenda. p. 581—589.

Vaccination par virus dilué; discussion. — Bulletin de l'Académ. de méd. Paris. 2. Sér. XI. p. 1097—1111.

Small-pox in Alabama in 1882. — Transactions of the med. assot. of the State of Alabama. Montgomery. p. 176—179.

Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an den Pocken in Bayern während des Jahres 1881. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München. XXIX. p. 384.

How to stamp out small-pox. — Sanitary Record. London 1882—83. N. S. IV. p. 91.

Sudden whitening of the hair. — Popular science Monthly. New York. XXI. p. 520—524.

Note sobre el tratamiento de la pustula maligna por las inyecciones intersticiales de acido fenico. — Rivista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. 1882—83. ano VI, vol. I. p. 31—34.

---

## Venerische Krankheiten.

Adler, A. S., General treatment of syphilis. — Western Lancet. San Francisco. XI. p. 295—298.

Allen, Syphilomata of pia-arachnoid. — Australian med. Journ. Melbourne. N. S. IV. p. 155—157.

Amicis, T. de, Poche parole di chiusura al corso universitario di sifilografia e dermatologia, dell' anno scolastico 1881—82. — Morgagni. Napoli. XXIV. p. 417—424.

Atkinson, J. E., Syphiloderma papulosum circinatum, a rare form of syphilitic manifestation. — Med. News. Philadelphia. XLI. p. 303; auch in Journ. of cutan. and vener. diseases. New York. 1882—83. I. p. 15—20.

Badia, S., Tratamiento de la sifilis por el bicromato potásico. — Revista de ciéncias méd. Barcelona. VIII. p. 479—483.

Battersby, J. C., On the variety and differential diagnosis of venereal sores. — The Lancet. London. II. p. 346.

Beetz, F., Ueber die Behandlung von Drüsenentzündungen und subcutanen Eiterungen. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München. XXIX. p. 303—306.

Bergh, R., Beretning fra almindelig hospitals 2^den^ afdeling, (For veneriske eg hud-sygdomme) for 1881. Kjobenhavn. 1882. 8°. p. 39. — Sonderdruck aus: Hospitalstidenden.

Berne, G., Note sur trois cas de syphilis héréditaire tardive. — — France méd. Paris. II. p. 1—5.

Birch-Hirschfeld, F. N., Bacterien in syphilitischen Neubildungen. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin. XX. p. 582—584.

Bonjean, Emile, Des plaques muqueuses du larynx. Thèse. Paris. 4°. p. 34.

Bordes-Pages, Auguste, Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire. Thèse. Paris. 4°. p. 59.

Breda, A., Rendiconto clinico dei curati nelle cliniche e dispensario sifilo-dermopatici e sifilicomio di Padova dal maggio 1878 al dicembre 1880. Milano 1882. 8°. p. 82.

Bulkley, L. D., Some of the difficulties in the diagnosis and treatment of syphilis. — Virginia med. Monthly. Richmond 1882—83. IX. p. 389—408.

Bull, C. S., Lesions of the orbital walls and contents due to syphilis. — New York med. Journ. XXXVI. p. 113—128.

Bumstead, F. J., Patologia e cura delle malattie veneree. II^a^ edizion. ital. sulla IV^a^ ed ultima americana; rifatta ed aumentata dall' autore e da R. W. Taylor. Traduzione dell dott. C. Tamburini. Fasc. 1. Milano. 8°.

Campana, R., Sifilide e sifilitici in un triennio di clinica: sommario. Milano. 8°. pp. IX. 384.

Caramitti, A., Alcuni casi di ulcero sifilitico alla faccia. — Giornale ital. d. mal. vener. e d. pelle. Milano. XVII. p. 129—137.

Carlier, G., Étude sur la syphilis pulmonaire. Paris. 8°. p. 101.

Carrow, F., Prostitution as observed in Canton, China. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83. IX. p. 202.

Castelain, Fernand, La circoncision est-elle utile? Paris. 8°. p. 265.

Castelo, Sifilide papulosa generalizada y confluente. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid 1882--83, ano VI. vol. I. p.105—107.

Catineau, L., Syphilis constitutionnelle compliquée d'anthrax, formation de caillots emboliques dans les cavités du coeur; mort rapide; autopsie. — Presse méd. belge. Bruxelles. XXXIV. p. 225.

Cayla, Syphilis maligne précoce. — Bulletin de la soc. clin. de Paris (1881) 1882. V. p. 182—187.

Cerasi, Osservazioni clinico-anatomiche sopra un caso di accessi epilettoidi da sifilide. — Bullettino d. Accad. med. di Roma. VIII. p. 139—149; auch in: Morgagni. Napoli. XXIV. p. 360—365; Gazz. med. di Roma. VIII. p. 205—208.

Chalkley, C. H., Use of condom in gonorrhoea. — Southern Clinic. Richmond. V. 349.

Chantemesse, A., Syphilis cérébrale; guérison. — France méd. Paris. I. p. 793—795.

Cheyne, W. W., On the abortive treatment of gonorhoea. — Lancet. London. II. pp. 175, 213.

Combret, Raymond, Notes sur les principales méthodes d'administration du mercure par la peau. Thèse. Paris. 4°. p. 158.

Craft, M. S., Syphilitic suppuration of knee-joint. — Transactions of the Mississippi State med. assot. Jackson. XV. p. 150—152.

Czobos, K., Zur Verhütung venerischer und syphilitischer Infectionen. — Wiener med. Presse. XXIII. p. 962.

Dauchez, H., Deux cas de syphilis grave chez le vieillard. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 480—483.

Déclat, Traitement antiseptique des maladies de la peau (cancroïdes, catarrhes, syphilis etc.) au moyen de l'acide phénique et de ses composés. III[d] édition. Paris. 8°. p. 625.

Delprat, Luc Louis Joseph. Des lésions cardiaques au cours de la blennorrhagie. Thèse. Paris. 4°. p. 54.

Dérignac, Blennorrhagie; arthrite; lésions cardiaques. — France méd. Paris. II. p. 326.

Descamps, Auguste, De l'atrophie dentaire produit par la syphilis héréditaire chez l'enfant. Thèse. Paris. 4°. p. 38 und 2 Taf.

Diday, P., Siècle d'argent et nitrate d'argent. — Lyon méd. XL. p. 496—502.

Drysdale, Charles Robert, Die Pathologie und Therapie der Syphilis und der sogenannten „venerischen Krankheiten". Nach der vierten englischen Auflage mit Bewilligung des Verfassers herausgegeben von H. Helmkampff. Stuttgart. 8°. pp. VIII. 183.

Engel, H., A contribution to the study of the manner of transmission of syphilis in utero. — American Journ. of obstetrics etc. New York. XV. p. 961—972.

Engel, H., The diagnosis of pulmonary syphilis; its differential diagnosis from pulmonary tubercular phthisis, with some remarks on the pathology of lung-syphilis. — Philadelphia. med. Times. 1882—83. XIII. p. 4—7.

Evans, J., Misuse of mercury. — Transactions of the South Carolina med. assot. Charleston. XXXII. 123—126.

Finger, E., Ueber den Zusammenhang der multiformen Erytheme mit dem Syphilisprocesse. — Prager med. Wochenschr. VII. p. 261—264.

Fischer, A., Ein neues Instrument zur Auswaschung der Blase und Harnröhre; Urethrocystoplynon. — Centralbl. f. Chir. Leipzig. IX. p. 473—475.

Fissiaux, Du traitement de l'uréthrite chez la femme par les applications locales et permanentes de coaltar saponine. — Annale de gynécol. Paris. XVIII. p. 86—95.

Fournier, Diagnostic du cancer et des syphilides tertiaires de la langue; traitement de ces dernières. — Semaine méd. Paris. II. p. 129.

Fournier, Syphilis acquise des enfants et des adolescents. — Ebenda. p. 125.

Fournier, Locomotor ataxy of syphilitic origin. — Med. Press and Circular. London. N. S. XXXIV. p. 278.

Froidure, P. L. L. Z., Contribution à l'étude des manifestations musculaires de la syphilis. Thèse. Paris. 4°. p. 68.

Fronstein, M. A., Sluchai siphiliticheskago porajeniia vnutrennago ucha (Syphilis im innern Ohr). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. pp. 3145, 3157.

Funck, Die syphilitischen Erkrankungen und deren Prophylaxis in den grösseren Armeen Europa's. — Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. Berlin. XI. pp. 491, 549.

Garcia Boulier, A., Cual es el mejor tratamiento de la sifilis en sus diversos periodos? — Actas de las ses. d. Congr. region. de ciencias med. 1879. Cadiz. 1882. p. 68—76.

Gaucher, E., Syphilis bulbo-médullaire précoce; guérison. — Revue de méd. Paris. II. p. 679—681.

Ge, A., O prichinach znachitelnago rasprostranenija siphilisa i o merach protiv nego (Ursachen der allgemeinen Ausbreitung der Syphilis und die Mittel ihr zuvor zu kommen). — Zdorovje. St. Petersburg. IX. p. 101—119.

Gibier, Accident syphilitique secondaire tardif. — Bulletin de la soc. clin. de Paris (1881), 1882. V. p. 119.

Glazunovski, V., K statistikie siphilisa. — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 2961—2965.

Glynn, Case of probable syphilitic disease of the brain, with descending changes in the spinal cord. — Liverpool med.-chir. Journ. II. p. 331.

Greenough, F. B., The routine treatment of venereal diseases. — Boston med. and surg. Journ. CVII. pp. 145, 160, 175.

Grinnell, F., Syphilis and marriage. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 239.

Guérin, J., Sur les inoculations virulentes préventives. — Bulletin de l'Académ. roy de méd. de Belgique. Bruxelles, 3. Sér. XVI. p. 600—622.

Güntz, J. E., Diagnose der Lungensyphilis am Lebenden durch gummöse Sputa bei gleichzeitiger Hämoptyse. — Memorabilien. Heilbronn. N. F. II. 203—214.

Hamonic, P., Hypertrophie amygdalienne syphilitique. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. pp. 393, 462.

Hontanon, P. T., Algunos reflexiones sobre el uso de la medicacion sulfurose en el tratamiento de los accidentes sifiliticos. — Actas de la ses. de Congr. region. de ciencias med. 1879. Cadiz 1882. p. 175—183.

Horteloup, Du bubon chancreux. — France méd. Paris. II. pp. 97—99, 361—364.

Hunter, J. B., Uterine and vaginal discharges. — Med. Record. New York. XXII. p. 309—311.

James, P., Case of syphilitic disease of the throat. — Ebenda. p. 94.

Jullien, L., On the results obtained from the excision of the primary syphilitic sore. — Arch. of dermat. New York. VIII. p. 207—209.

Kelsey, Charles B., Diseases of the rectum and anus. New York. 8°. p. 311.

Kien, Traitement du rhumatisme blennorrhagique. — Mémoires de la soc. de méd. de Strasbourg. XVIII. pt. 2. p. 15—21.

Kriser, A., Jodoformal kezelt egynehany dob esete (Behandlung des Bubo mit Jodoform). — Gyogyászat. Budapest. XXII. p.

481—484; deutsch in: Pester med.-chir. Presse. Budapest. XVIII. p. 650.

Labéda, A., Sur la marche et le traitement de l'orchite aiguë blennorrhagique. — Gaz. méd.-chir. de Toulouse. XIV. p. 218.

Laffon, R., Rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme blennorrhagique; note sur la médication salicylée. — Ebenda. p. 209—211.

Lancereaux, Laryngite et bronchite tertiaires; manifestations syphilitiques viscérales multiples. — Annales des malad. de l'oreille et du larynx. Paris. VIII. p. 117—125.

Lagelouze, Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par la méthode des frictions mercurielles. Thèse. Paris. 4°. p. 75.

Landouzy, L. et J., Déjerine. Mélanose des ganglions bronchiques; caverne ganglionnaire s'ouvrant dans la bronche gauche; dyspnée continue et accés de suffocation paroxistiques; insuffisance aortique; hémiplégie ancienne légère; gomme syphilitique du front; mort par hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire; eschare fessière; altérations des nerfs cutanés. — Progrès méd. Paris. X. p. 545.

Larat, J. L. F. A., Étude sur le bubon syphilitique suppuré. Paris. 8°. p. 42.

Le Dentu, Rapport sur un travail du Dr. Ortega de Buenos Ayres intitulé: Observations sur plusieurs cas de syphilis héréditaire chez les enfants de la même famille. — Bulletins et Mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. VIII. p. 579—587.

Lesser, E., Die Vererbung der Syphilis. — Breslauer ärztl. Zeitsch. IV. p. 133—136.

Lisovski, K kazuistike mozgovago siphilisa (Hirnsyphilis). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. pp. 3143, 3177, 3189, 3208.

Löwy, L., Prostatitis gonorrhoica. — Wiener med. Presse. XXIII. pp. 1166, 1198.

Lowndes, F. W., Syphilis and marriage. — Lancet. London. II. p. 7—9 auch in Liverpool med.-chir. Journ. II. p. 325.

Mackenzie, G. H., Note on tertiary syphilis of the pharynx. — Glasgow med. Journ. XVIII. p. 170—174.

Madaille, Du diagnostic différentiel de l'angine scrofuleuse d'avec l'angine syphilitique. — Marseille méd. XIX. p. 385—394.

Maffioretti, C., Contribuzione alla cura dell' oftalmia purulenta e blennorragica. — Giornale di med. milit. Roma. XXX. p. 785—792.

Mannino, L., La sifilide curata metodicamente colle iniezioni di sublimato corrosivo. Palermo. 8°. p. 23.

Mansurov, N. P., O koltseobraznom pjatnistom siphilide (Roseola syphilitica). — Vrach. St. Petersburg. III. p. 562.

Martineau, L., De l'évolution de la syphilis. — France méd. Paris. II. p. 229—235.

Martineau, L., Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIV. p. 289—293.

Martineau, L., Léçons sur la thérapeutique de la syphilis. — France méd. Paris. II. pp. 193, 205, 254, 269.

Martineau, L. et Hamonic, De la bactéridie syphilitique; de l'évolution syphilitique chez le pore; études et expériences. — Union méd. Paris. 3. Sér. XXXIV. p. 398—403.

Martinet, Albuminurie dans le cours de la periode secondaire de la syphilis. — Bulletin de la soc. clin. de Paris (1881), 1882. V. p. 253—255.

Martin, H., Étude sur les metastases suppuratives d'origine blennorrhagique. — Revue méd. de la Suisse. Roman. Genève. II. p. 352—369 und 3 Taf.

Martini, Adenitis inguinalis. — Jahresber. d. Gesellsch. für Natur- und Heilk. in Dresden 1881—82. p. 34—37.

Mauny, Louis, Traitement des exostoses, et en particulier de l'incision du périoste. Thèse. Paris. 4°. p. 45.

Mauriac, C., Des syphilides. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LV. pp. 475, 523, 571, 618, 643, 658, 692.

Mauriac, C., Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis. — France méd. Paris. II. pp. 37, 49; auch in Journ. des connaiss. méd. prat. Paris. 3. Sér. IV. pp. 244, 258.

Mauriac, C., De la contagion des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la fin 1875 jusqu'au commencement de 1881. — Annales d'hygiène publ. et de méd. légale. Paris. 3. Sér. VIII. p. 133—162.

Mazzei, E., Se debe reglementar la prostitucion? — Revista méd. de Chile. Santiago de Chile 1881—82. X. p. 421—439.

Mazzoni, G., Nota clinica sopra due casi di aneurisma per arterite sifilitica. — Gazz. di med. Roma. VIII. p. 183—185.

Mericamp, Jean Paul, Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèse. Paris. 4°. p. 94.

Mireur, H., La prostitution à Marseille. — Marseille méd. XXX. p. 533—543.

Mirpied, Jean Louis Henri, Des ulcères syphilitiques du membre inférieur et en particulier de „l'ulcus elevatum tertiaire". Thèse. Paris. 4°. p. 34.

Monnot, C., Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal. Paris. 8°. p. 59.

Nettleship, E. and L. W. Fox, Double iritis in a girl of thirteen, followed by multiple growths (? syphilitic) from ciliary body and iris; operation. — Coll. and clinic. Record. Philadelphia. III. p. 171.

Neumann, I., Ueber Priapismus und Cavernitis. — Med. Jahrbücher. Wien. p. 143—158. und 1 Taf.

Nikolski, O merach protiv siphilisa, virabotanni Ekaterinburgskim zemstvom, permskoi gub. (Vorbauung gegen die Syphilis in der Gemeinde Ekaterinburg.) — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg. VII. p. 3420—3424.

O'Connell, P., Syphilitic cases from private practice. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLV. p. 148—152.

O. M. v. de, Maatregelen, van de overheidswege te nemen tot beteugeling van de uitbreiding van venerische ziekten. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 601—605.

Ormerod, J. A., Case of symmetrical syphilitic disease of the third nerves, with arterial and other lesions. — Brain. London. V. p. 260—267.

Ottava, J., Syphilitikus fekély a kótóhártyán (Syphilitisches Geschwür auf der Conjunctiva). — Szmemeszet. Budapest. p. 58; deutsch in Pester med.-chir. Presse. XVIII. p. 630.

Palmer, C., An address on syphilis and its effects upon the civil population of Gt. Yarmouth and other maritime towns. — British med. Journ. London. II. p. 203—205.

Parizot, L., Du purpura syphilitique secondaire. — Lyon méd. XL. p. 478—484.

Parrot, Une maladie préhistorique. — Revue scient. Paris. XXX. p. 110—113.

Paschetto, A., L'ulcera semplice ed il bubone; mezzi pi difesa e di cura. Biella. 8°. — Aus: Gazz. med. ital. lombard.

Paschkis, H., Ueber den Nachweis des Quecksilbers in thierischen Substanzen. — Zeitschr. f. physiol. Chemie. Strassburg. VI. p. 495—503.

Patamia, Carmelo, Manuale pratico delle malattie veneree. Napoli. 8°. p. 191.

Pavec, V., Zur Behandlung von Bubonen. — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 1076—1080.

Perez Ortiz, Tumor gomoso ulcerado del párpado superior del ojo izquierdo, tratado localmente con la tintura de iodoformo. — Oftalmol. práct. Madrid. I. p. 80—84.

Petersen, O., Ein Operationsbett für venerische Patienten. — Petersburger med. Wochenschr. VII. p. 312.

P. N., Chancre infectant en 1863; roséoles et plaques muqueuses fugaces, par le traitement spécifique; neuf ans après (1872), faiblesse dans les genoux; ataxie locomotrice; crises nerveuses avec dyspnée, diplopie, traitement par l'hydrothérapie scientifique, le calomel à doses fractionnées, l'iodure de potassium, l'électricité; retour à une santé parfaite; usage des eaux thermales, nouvelle poussée subite au seizième bain, paralysie des membres inférieurs. — Journ. de la santé publ. Paris. Nr. 10.

Politzer, A., Ueber Ohrsyphilis. Aus dessen Lehrbuch der Ohrenheilkunde. — Wiener med. Blätter. V. pp. 927, 959.

Pott, R., Die specifische Vulvo-vaginitis im Kindesalter und ihre Behandlung. — Jahrb. für Kinderheilk. Leipzig. N. F. XIX. p. 71—78.

Pouchet, G., Analyse d'une salive de stomatite mercurielle; salive albumineuse. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2. Sér. III. p. 479.

Quarta (Quaria?), A., Relazione statistico-sifilografica a S. E. il ministro dell' interno sul movimento delle prostitute e de' morbi venero-sifilitici nel sifilicomio di Lecce per l'anno 1880. Lecce 1882. 8°. p. 36.

Rasori, E., Escissione di un ulcere duro alla dodicesima ora dalla sua apparizione. Milano. 8°. — Aus: Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle.

Raymon, F., Sifilis cerebral. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid 1882—83. ano VI. vol. I. p. 39—49.

Raymond, F., Syphilis cérébrale. — Progrès méd. Paris. X. pp. 555, 575.

Reclus, P., De la syphilis du testicule. Paris. 8°. p. 256 und 6 Taf.

Remy, S., Contribution à l'étude des lésions syphilitiques tertiaires du vagin. — Mémoires de la soc. de méd. de Nancy (1880—81). 1882. pt. 2. p. 86—101.

Rey, A., Chancre mixte du col utérin. — Alger méd. X. p. 208—212.

Roberts, P. F., Choroiditis doble especifica é iritis en el ojo izquierdo curada con el restablecimiento casi completo de la vision en un ojo y total en el otro. — Rivista med.-quirurg. Buenos Aires. 1882—83. XIX. p. 52.

Rodriguez Góngora, Sifilis pulmonal; resultado obtenido por el biyoduro del mercurio. — Crónica med. quirurg. de la Habana. VIII. p. 308—310.

Ross, W. S., An instrument for the treatment of diseases of the bladder. — American med. Weekly. New York. XV. p. 893—895.

Sbordone, G., Un caso di ulcera congiuntivale sifilitica primitiva. — Movimento, Napoli. 2. Ser. IV. p. 155—160.

Schech, P., Lungen- und Trachealsyphilis. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig. XXXI. p. 410—420.

Schiffmann, T., Ueber den Jodoformverband bei Behandlung der Adenitiden in Folge specifischer Erkrankungen und über Jodoformintoxication. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 388.

Schnabel, Ueber syphilitische Augenerkrankungen. — Wiener med. Blätter. V. pp. 1015, 1048.

Schüller, M., Ueber syphilitische Gelenkleiden. — Arch. f. klin. Chir. Berlin. XXVIII. p. 473–482.

Shaw, W. E., Chronic cystitis of ten years' duration, following stricture; cured by one injection of solution of nitrate of silver (scrup. 1 to unc. 1). — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX. p. 97—99.

Shoemaker, J. V., A case of pustular syphiloderma simulating small-pox; with its treatment. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia. XLVII. p. 122—124.

Sinéty, de, Des diverses localisations de la blennorrhagie chez la femme et de leur traitement par l'eau oxygénée. — Annales de gynécol. Paris. XVII. p. 173—181.

Skobel, S., Przypady w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkiętego kilą wczesaną (Erscheinungen einer Erkrankung der Medulla oblongata in einem recenten Fall von Syphilis). — Przegląd lekarski. Kraków. XXI. pp. 519, 533.

Snell, Ueber das Verhältniss der Dementia paralytica zur Syphilis. — Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. etc. Berlin. XXXIX. p. 209—215.

Sokolowski, A. von, Zwei Fälle von syphilitischer Pharynx-Stenose. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin. VIII. p. 426—428.

Spillmann, P., Du rôle des eaux minérales. — Revue d'hydrolog. Nancy. XXIV. Nr. 12; XXV. Nr. 2.

Stukovenkov, K voprosu o rasprostranenii siphilisa sredi rabochago naselenija Peterburga i merach protiva nego. (Die Verbreitung der Syphilis unter der arbeitenden Klasse in St. Petersburg.) — Zdorovje. St. Petersburg. IX. p. 107—115.

Sturgis, F. R., Two cases of gummous iritis. — Illustr. Quart. of med. and surg. New York. I. p. 66 und 1 Taf.

Tauber, B., Syphilitic stenosis of the larynx and trachea after 45 years. — Arch. of laryngol. New York. III. p. 249.

Tauber, B., Syphilitic tumor of the larynx, with condylomas of the tongue. — Ebenda. p. 360.

T. E. T., Syphilis and cancer. — British med. Journ. London. II. p. 200.

Thomann, E., Ueber Behandlung der tertiären Syphilis mittels Jodoformeinspritzung. — Centralblatt f. d. med. Wissensch. Berlin. XX. p. 626—628.

Thomas, R. H., State regulation of prostitution; answer to „evidence in its power". — Maryland med. Journ. Baltimore 1882—83. IX. p. 121—124.

Uhthoff, W., Ein seltener Fall gummöser Neubildung im menschlichen Auge. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg. I. 136—138.

Vajda, Soll die Syphilidologie an der Universität durch eine eigene Lehrkanzel vertreten oder vereinigt mit der Dermatologie gelehrt werden? — Wiener med. Wochenschr. XXXII. p. 805—814.

Viforcos, A. R., Nota sobre el tratamiento del sifilo-escleroma. — Rivista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid. II. p. 257—267.

Weichselbaum, A., Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 363.

Wheelock, K. K., Practical points in the treatment of gonorrhoea. — Fort Wayne Journ. of med. scienc. 1882—83. II. p. 9—13.

Wiegandt, A. F., Sluchai sifiliticheskoi gummoznoi opuchol louvoi pochki. (Syphilitischer gummöser Tumor in der Niere.) — Med. Vestnik. St. Petersburg. XXI. p. 313.

Wilson, H. C., Treatment of epidydimitis and orchitis; the value of puncturing the tunica vaginalis testis. — Proceedings of the Oregon med. society. Portland. IX. p. 44—46.

Zacharevitch, V. M., Virizivanie sifiliticheskago i venericheskago chankrov (Excision des Schankers). — Vrach. St. Petersburg. III. p. 546—548.

Zacharevitch, V. M., K uchenion o sposobach vpravlenija udavki (Eine Methode der Reduction der Paraphimosis). — Ebenda. p. 471—474.

Zeissl, Syphilis. Sclerose an der Zunge. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 314.

Zeissl, M., Casuistische Beiträge zur Erkrankung des Urogenitalapparates. — Wiener med. Presse. XXIII. pp. 1125, 1141, 1226.

Zeissl, M., Zur Pflege des hereditär syphilitischen Kindes. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVII. p. 396.

Zeissl, M., Syphilitische Erkrankung der Sehnenscheiden. — Ebenda. p. 311.

Des myélites syphilitiques. — Paris méd. VII. p. 325—329.

Tumeur cérébral d'origine syphilitique; convulsions; mort; anesthésie chloroformique. — Union méd. du Canada. Montreal. XI. p. 429—431.

Nederlandsche Maatschapij tot bevordering der Geneeskunst. Amendementen der afdeelingen op het voorstel van de commissie tot bestrijding der syphilis. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XVIII. p. 433—436.

Études expérimentales sur la syphilis; bactéride syphilitique. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LV. p. 849—851.

Esclerosis medular de los cordones posteriores; sifilis constitucional. — Revista de clinic. med. Barcelona. I. p. 181—183.

Compte rendu de la I^re^ et de II^e^ réunion du corps médical belge (le 26 déc. 1880 et le 29 avril 1881). Questions traitées: de la syphilis, des moyens de la combattre. Bruxelles. 8°. p. 69.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien

Fig. I.

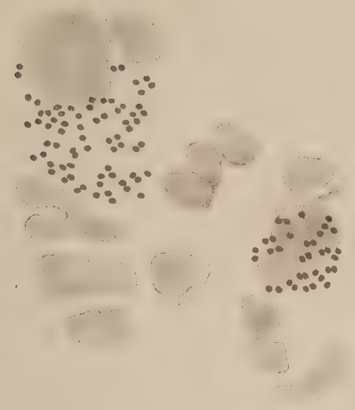


Fig. II.

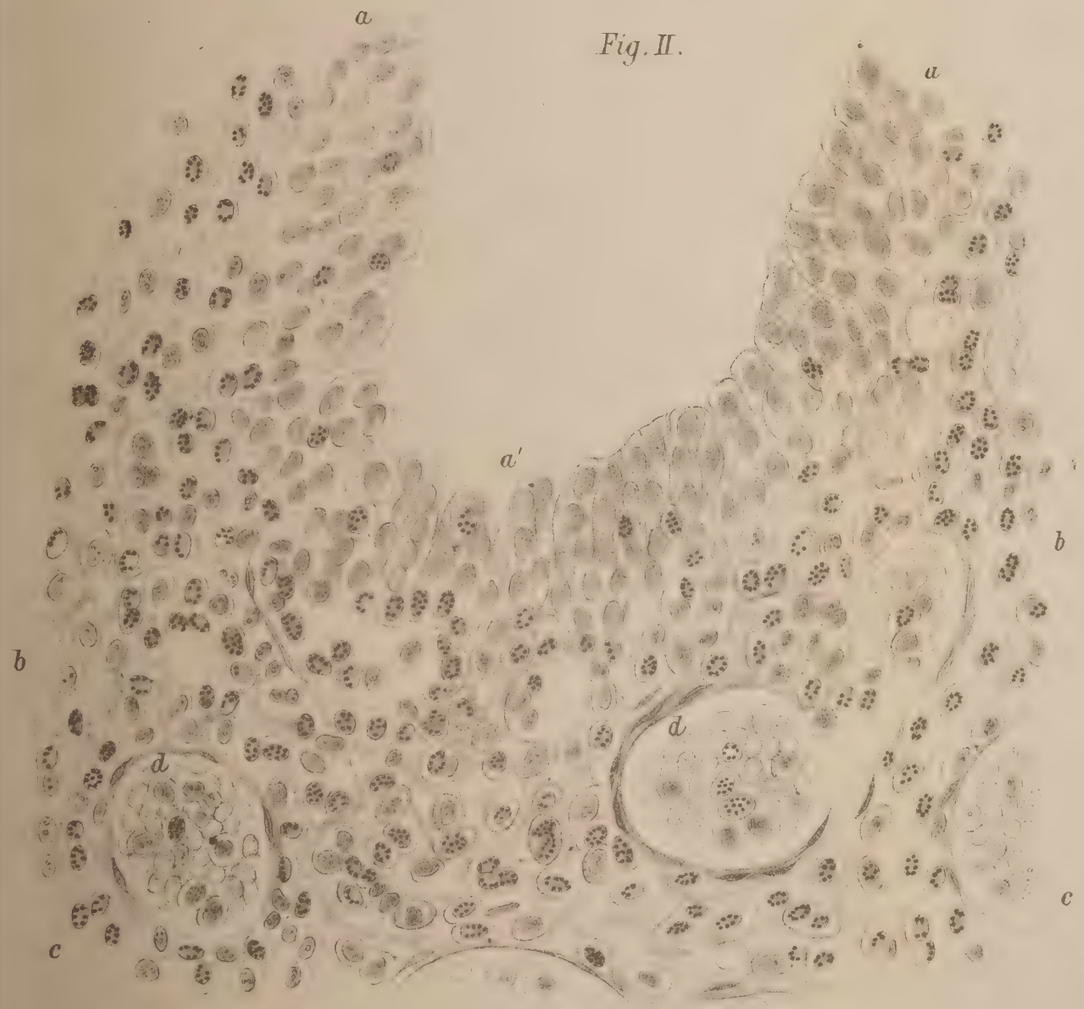



Fig. III.

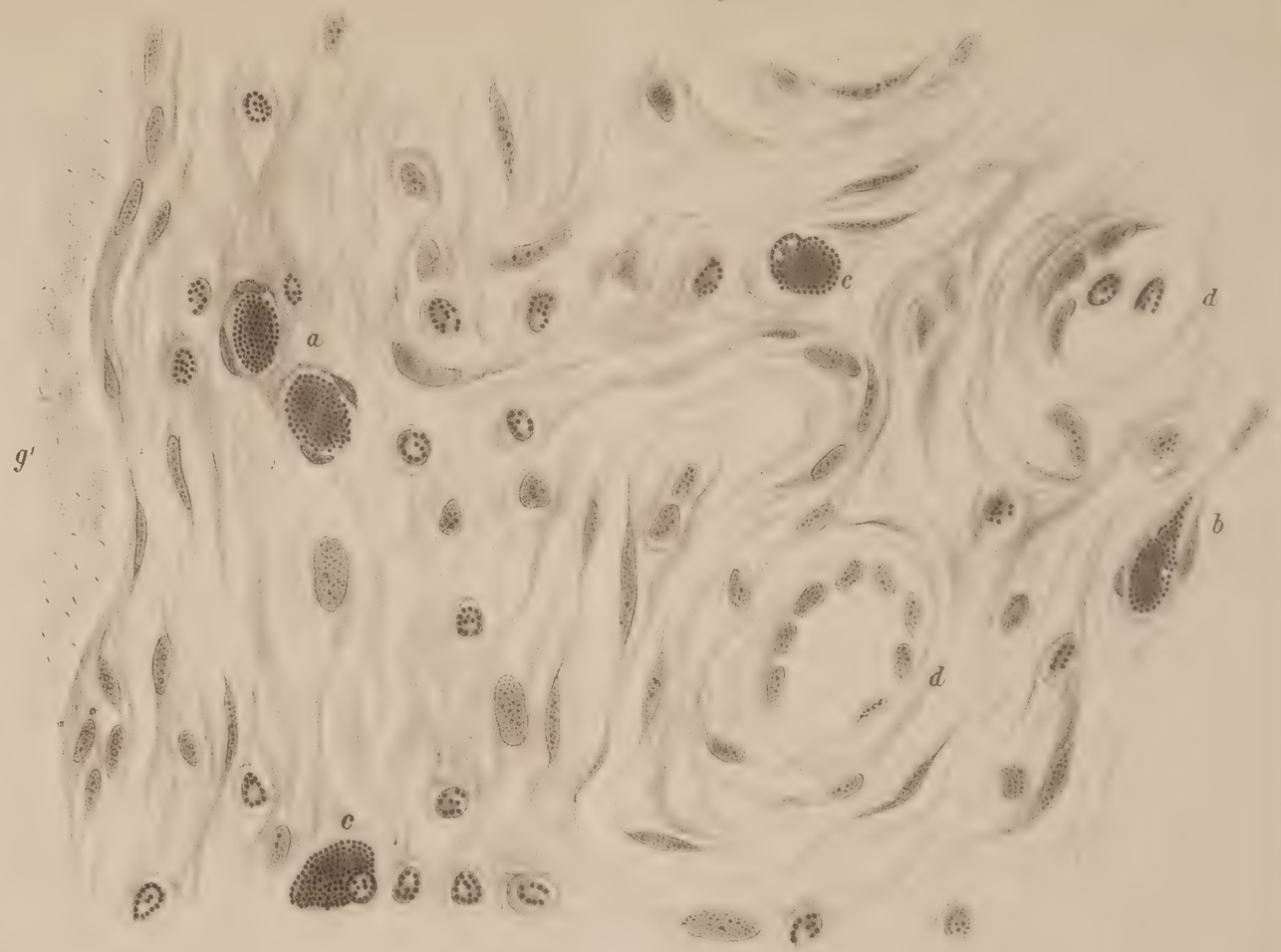



Fig. IV.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien.

Arning: Herpes tons. in 4 concentr. Ringen.

Lichtdr. M. Jaffé. Wien.

# Originalabhandlungen.

# Ueber Enteritis bei Lues hereditaria.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Prof. Kundrat

von

**Dr. Franz Mračeк**

Privat-Docent für Syphilis in Wien.

(Hiezu die Tafeln III, IV, V, VI.)

---

Die syphilitischen Erkrankungen des Anfangs- und des Endtheiles des Nahrungstractus waren schon lange bekannt, als man noch an deren Vorkommen im Dünndarm gezweifelt hat. Die Ursache dafür liegt in der Seltenheit der Processe. Namentlich bei Erwachsenen respective bei acquirirter Syphilis gehören diese Affectionen gewiss zu den ausserordentlichsten Seltenheiten, wie es die wenigen, zum Theil noch zweifelhaften Fälle in der Literatur beweisen. Im Verhältniss häufiger kommen sie allerdings bei Kindern mit angeborener Lues vor und die meisten der bisher beschriebenen Fälle betreffen solche. Die wichtigeren davon sind veröffentlicht von Schott, Förster, Eberth, Roth, Köbner, Oser und Schwimmer. Immerhin ist aber auch bei Lues hereditaria ihr Vorkommen nicht so häufig, als es Birch-Hirschfeld angibt, der sie unter 40 Fällen 5mal vorgefunden hat. Bei einem mir zu Gebote stehenden Beobachtungsmaterial von circa 200 Fällen kam nur in 10 Fällen die syphilitische Affection des Darmes vor. Es mag diese Differenz bezüglich der Häufigkeit vielleicht darin begründet sein, dass ich nicht blos die mit den ausgeprägtesten Veränderungen von Syphilis behafteten Kinder, sondern alle von syphilitischen Müttern stammenden neugebornen und todtgebornen Früchte einer eingehenden Untersuchung unterzogen habe.

Trotz dieses häufigeren Vorkommens der Darmaffectionen bei Lues hereditaria, trotz der genauen Beschreibung der einzel-

nen bekannten Fälle und trotz der Zusammenfassung der Beobachtungen, wie sie von Birch-Hirschfeld, Kundrat und Jürgens gegeben wurden, sind dieselben doch noch im Allgemeinen wenig bekannt und würde ein näheres Eingehen darauf schon deshalb nicht ungerechtfertigt erscheinen. Die längere Beschäftigung mit diesem Gegenstande hat mir ausserdem noch gezeigt, dass das Wesen des Processes nicht klar genug erkannt ist und dass auch die Art des Auftretens, die verschiedentlichen Folgezustände noch keine entsprechende Beachtung gefunden haben.

Das Material, das mir zur Beobachtung und Untersuchung vorlag, umfasst 6 Fälle, die ich zunächst, soweit sie hier von Interesse sind, nach ihrem grob anatomischen und mikroskopischen Befunde mittheile. Zudem kam noch in letzterer Zeit ein Fall vor, auf den ich wegen seiner Aehnlichkeit mit dem ersten der anzuführenden Fälle nicht näher eingehe. Ueberdies hat mir Prof. Kundrat die Resultate der Untersuchung von drei weiteren Fällen überlassen, die ihm in früherer Zeit vorgekommen sind.

Fall I. Die 23jährige Drittgebärende lässt noch verheilte papulöse Efflorescenzen an den Genitalien nachweisen. Das Kind weibl. Geschlechts am Ende des 8. Lunarmonates den 11. Jänner geboren, hat $15^1/_2$ Stunden gelebt und während dieser Zeit gar kein Meconium entleert und fast gar nicht getrunken. Sectionsbefund: Der Körper 1950 Grm. schwer, 43 Ctm. lang, normal gebildet, mit ausgebreiteten zum Theil geplatzten Pemphigusblasen an Händen und Füssen, Vorderarmen und Unterschenkeln besetzt, ödematös geschwellt. Leber von Bindegewebszügen längs der Ausbreitung der Portalgefässe durchzogen. Milz sehr gross, plump, dick. An den Extremitätenknochen eine weit vorgeschrittene Osteochondritis. Darmsyphilis.

Magen und Därme wenig ausgedehnt, die Serosa des ersteren stellenweise injicirt, mit mehreren bis stecknadelkopfgrossen Ecchymosen bezeichnet. Die Serosa des Gekröses stark injicirt, jene des Darmes leicht und nur an einzelnen bei 1·5 Ctm. langen theils ringförmigen, theils ovalrundlichen bis nahezu kreuzergrossen, etwas ausgebuchteten Stellen des oberen Jejunums sehr dicht injicirt. Im Magen glasiger, von weissen Flocken durchsetzter Schleim; ähnliche Massen im obersten, etwas erweiterten Jejunum. Der ganze übrige Dünndarm obturirt von einem zähen Pfropfe, der im Ileum in ganzer Dicke dunkelgrün, im Jejunum in den peripherischen Schichten weissgelblich

grün erscheint, von aussen mit einem zarten, sammtartigen, grauen, weichen Ueberzuge bedeckt ist. Die Dünndarmschleimhaut injicirt und zwar stärker am Jejunum, besonders aber an den auch in der Serosa injicirten Stellen stark geröthet, sammtartig, mit einer dicken, zähen, grauen, schleimähnlichen Schichte überdeckt, an welcher der pfropfähnliche Darminhalt sehr fest haftet. Dickdarm wenig ausgedehnt, seine Schleimhaut blass, auch diese ganz erfüllt von dickem, zähem Meconium. Die Drüsen des Mesenterium geschwellt, derb, grösstentheils leicht injicirt.

Mikroskopische Untersuchung. (Die Präparate wurden von einer noch mit den Epithellagen bedeckten Stelle des Dünndarmes angefertigt.) Die Serosa überall verdickt, von fast gleichmässig vertheilten und erweiterten Gefässen durchzogen. Zwischen der Längs- und Ringsmusculatur zeigt sich stellenweise stärkere kleinzellige Infiltration, welche sich in den entsprechenden Stellen der Ringsmusculatur etwas ausbreitet, um wieder in der Submucosa um die auch da erweiterten hyperämischen Gefässe sich mächtiger zu gestalten; von da aus lässt sich die Infiltration zumeist längs der Gefässe gegen die Mucosa durch die innere Muskelschicht verfolgen und greift bis in die Zotten hinein. Die Mucosa zeigt sich in weiteren Strecken verdickt, die Zotten sind namentlich an ihrer Basis gleichmässig infiltrirt, insgesammt vergrössert, über den mehr infiltrirten Stellen der Mucosa stark hyperämisch, ihr Epithel sowie das der Krypten verfettet und desquamirend.

Fall II. Die Mutter, 26 Jahre, bietet derzeit keine nachweisbaren Anhaltspunkte für Lues. Das am 11. December nach 7monatlicher Schwangerschaft zur Welt gebrachte Kind männlichen Geschlechtes lebte kaum einen Tag. Bei der Section fand man: Körpergewicht 1850 Grm., 43 Ctm. lang, das Kind an Händen und Füssen ödematös und mit zahlreichen, schon zum Theil geplatzten Pemphigusblasen besetzt. Leichte herdweise Atelectase der Lungen. Herzfleisch auffallend blass. Die Leber mit syphilitischer Phlebitis. Milz grösser, dichter. Pancreas sehr dicht. Nieren in der Rinde auffallend erbleicht. Leichte Osteochondritis an den Diaphysenenden der Extremitätenknochen. Darmsyphilis.

Das Bauchfell über den Dünndärmen u. z. über den stark ausgedehnten Jejunalschlingen leicht diffus und nur an einzelnen Stellen stärker, an den contrahirten Ileumschlingen nur an manchen Partien

injicirt, mit einem klebrigen Beschlag bedeckt, der von einzelnen feinen Fäden durchzogen ist. Diese gerötheten Stellen entsprechen nach ihrem Sitze an dem convexen Rande des Darmes und in bestimmten, ungefähr 2—$2^1/_2$ Ctm. betragenden Abständen den Peyer'schen Plaques, nur sind die am untersten Ileum klein und so beschränkt, dass sie gerade nur dem über den Plaques liegenden Peritonäalantheile entsprechen, während die über dem Jejunum ausgebreiteten fast die ganze Circumferenz des Darmes umfassen. Zugleich erscheinen diese Partien des Darmes am Ileum wie leicht ausgebuchtet, am Jejunum im Ganzen etwas erweitert. Das parietale Blatt des Peritonäums nur hie und da, wo es den Darmschlingen anliegt, injicirt. Im Magen etwas galliger Schleim. Magenschleimhaut blass. Im oberen Theile des Dünndarmes blutig schleimige Massen. Die Schleimhaut mit zähen, membranöse Fetzen vortäuschenden Schleimlagen bedeckt. Im Jejunum ist die Schleimhaut diffus, aber nicht gleichmässig, am stärksten an und in der Umgebung der Peyer'schen Plaques geröthet, diesen Stellen entsprechend infiltrirt, durch kleine grubige Vertiefungen reticulirt gezeichnet, in der Umgebung der Plaques mit dickeren niederen Zellen besetzt und dadurch weniger sammtartig. Im Ileum die Schleimhaut nur an den Peyer'schen Plaques geröthet und geschwellt. Dickdarm zum Theil mit Meconium gefüllt, blass, normal, die Mesenterialdrüsen geschwellt, verdichtet.

Mikroskopische Untersuchung. Auf Querschnitten durch das ganze Dünndarmrohr, den jejunalen Peyer'schen Plaques entsprechend, macht sich die Gefässinjection auffallend bemerkbar, wobei die mittleren arteriellen Gefässramificationen am stärksten die kleinzellige Infiltration ihrer Wandungen zeigen, wogegen die Venenstämme von diesen nur in ihrer Umgebung begleitet sind, die Wandungen aber viel weniger betroffen erscheinen. Hie und da häuft sich in der Ringmusculatur oder zwischen dieser und der Längsmuskelschichte das kleinzellige Infiltrat zu einem förmlichen Haufen an, so dass das Grundgewebe in demselben aufgeht. Von den Schichten der Darmwandung ist die Mucosa am meisten und am gleichmässigsten infiltrirt, das Infiltrat greift in die Zotten über und breitet sich zu beiden Seiten der mitbetroffenen Muscularis mucosae aus. Die Peyer'schen Plaques sind vergrössert und derart infiltrirt, dass eine Abgrenzung gegen die Umgebung nicht mehr sichtbar ist.

Fall III. Die viertgebärende, 31jährige Mutter zeigt deutliche Zeichen der Syphilis. Das todtgeborene Kind männlichen Geschlechtes, 1950 Gm. schwer, zeigt mehrere interessante Abnormitäten, so Encephalocele etc., welche als mit dem Syphilisprocess nicht zusammenhängend hier übergangen werden. Die Lungen zeigen Suffusionen, die Leber ist hochgradig syphilitisch. Milz bedeutend vergrössert, verdichtet. Nieren ähnlich wie die Leber entartet. Umbilicalarterie normal, die Vene bis in die Leber hinein stark verdickt.

Der Unterleib eingesunken, Magen und Darm wenig ausgedehnt. Der Darm so gelagert, dass das freie Coecum in die Gegend der rechten Flexur zu liegen kommt, das Colon zunächst schief nach links aufsteigt, eine doppelte Schlinge bildet, deren beide Schenkel $^1/_4$ mal um die Axe ihres langen Gekröses nach links gedreht sind. Der gesammte Dickdarm mit Meconium gefüllt, circa 0·5 Ctm. weit, drehrund, ohne Andeutung von Haustris und Tänien; sein Peritonäalüberzug trübe, verdickt, mit zahllosen kleinen, ringförmigen und in bestimmten Abständen gestellten Injectionshöfen bezeichnet. Dünndarm zartwandig, seine Serosa entsprechend den Peyer'schen Plaques theils dunkler, theils heller geröthet, gleichmässig entweder fleckig, oder auch so, dass die blasseren centralen Stellen von dunklen Säumen begrenzt sind. Im Magen Schleim, die Schleimhaut auf der höchsten Höhe der Falten lebhaft geröthet. Im Darm den Peyer'schen Plaques entsprechend die Schleimhaut gewulstet, geröthet, reticulirt, mit einer besonders an den Plaques festhaftenden zähen Schleimschichte bedeckt. Im Dickdarm die Follikel deutlich hervortretend, blass, von einem hellrothen feinen Saume begrenzt. Sämmtliche Mesenterialdrüsen geschwellt, infiltrirt, geröthet, das Peritonäum über ihnen zum Theil injicirt.

Die mikroskopische Untersuchung der folliculären Schwellungen im Dickdarm ergibt: Die aus dem Niveau der Schleimhaut sich hervorwölbenden, in verschiedenen Abständen von einander stehenden Follikel stellen schon mit freiem Auge sichtbare miliare Knötchen dar, welche bei stärkerer Vergrösserung (Hartnack, Oc. 3, Obj. 8) eine dichte Wucherung des lymphoiden Gewebes erkennen lassen; die als ein kleinzelliges Infiltrat hie und da von Resten des Epithels bekleidet, die Krypten zur Seite schiebt, die Muscularis mucosae durchdringt, in dieser über die Grenzen des Follikels sich ausbreitet und nur gegen die unterhalb gelegene Submucosaschicht schärfer abgegrenzt ist. Zu dieser folliculären Wucherung sieht man an der Peripherie

die erweiterten und von Lymphkernen erfüllten Lymphgefässe hinziehen; Solche Lymphgefässzüge lassen sich ausserdem hie und da in der Submucosa zwischen den Muskelschichten und in Begleitung der erweiterten Blutgefässe in der Serosa nachweisen. Die grösseren Blutgefässe des Dickdarmes zeigen keine auffallenden Veränderungen, die kleineren dagegen in der Submucosa und den Muskelschichten betheiligen sich an dem Processe mit einer leichteren Kernwucherung in der Adventitia.

Zur mikroskopischen Untersuchung des Dünndarmes: Die Peyer'schen Plaques sind durch eine dichte Vermehrung des lymphoiden Gewebes zu bedeutenderen Massen angewuchert und stellen förmlich buckelartige Hervortreibungen dar, welche zum Theil frei, zum Theil mit zerfallenden Zotten noch bedeckt, verschieden grosse Vertiefungen zwischen sich lassend, in das Darmlumen vorragen. Die Mucosa des ganzen übrigen Dünndarmantheils an Stelle der Peyer'schen Plaques zeigt sich kleinzellig infiltrirt, und ebenso auch die ihr aufsitzenden Zotten. Die Gefässe sind durchwegs erkrankt, indem die Aussenschichten ihrer Wandungen gleichmässig kleinzellig durchwuchert sind; besonders deutlich zeigen dieses die reichlichen Verzweigungen der Gefässe um die Peyer'schen Plaques, wo die Wandungen von dem Infiltrationsprocesse betroffen sind und einzelne Aeste kein Lumen mehr nachweisen lassen. Um die gewucherten Plaques kam es in der Submucosa infolge der hochgradigen Gefässentartung zu einer bedeutenden, von aussen schon makroskopisch sichtbaren Hämorrhagie. Die Submucosa selbst, so wie die Muskelschichten frei, sofern sie nicht von den erkrankten Gefässen durchzogen sind.

Fall IV. vom 19. Juli. Die noch mit deutlichen Zeichen der Syphilis behaftete 31jährige Mutter hat das dritte Mal nach 7monatlicher Schwangerschaft einen Knaben geboren, welcher nach einer halben Stunde gestorben ist. Der Körper 1450 Gm. schwer, 34 Ctm. lang, normal gebildet und genährt. Oedematös mit kleinen Blutaustritten. An den Unterschenkeln, Unterarmen, so wie an Händen und Füssen blauröthliche Infiltrate, über denen die Epidermis theils aufgelockert, theils abgängig ist. Periostitis an den Schädelknochen. Thymusabscesse. Syphilisknoten in der Lunge. Herzfleisch erbleicht. Leber plumprandig, dichter. Milz vergrössert. Pancreas ebenfalls dichter. Nieren in der Rinde erbleicht. Weit vorgeschrittene Osteochondritis an den Epiphysen der Röhrenknochen, mit periostaler Verdickung und

theilweiser Verkäsung um einzelne bereits in der Ablösung begriffene Epiphysen. Darmsyphilis.

Bei Eröffnung des Bauchraumes ergibt sich, dass derselbe bis zur Hälfte von der enorm vergrösserten Leber ausgefüllt ist, die nahezu bis zur Nabellinie hinabreicht. Linkerseits lagern unter ihr weitausgedehnte Dünndarmschlingen, die an ihrer Oberfläche mit gelblich durch das Bauchfell durchschimmernden flachen Knoten besetzt erscheinen und um diese mit eitrigem Exsudat bedeckt und verklebt sind. Rechterseits findet sich unter den nur wenig ausgedehnten Schlingen eine scharfwinklig geknickte, mit ihren beiden Schenkeln innig verwachsene Schlinge, die dem untersten Ileum angehört. Im Magen nebst etwas Luft gallig gefärbter Schleim. Der gesammte Dünndarm am dichtesten in seinem ausgedehnten Jejunalantheile mit kleineren, bis linsengrossen, starren, gelblich speckigen Infiltraten, besetzt, die unregelmässig über die Darmfläche zerstreut, über das Niveau der Schleimhaut leicht protuberiren, in den untersten Partien auf diese und die Submucosa beschränkt, in den oberen stellenweise durch die Dichte der Darmwand greifen und so jene oben angegebenen Infiltrate unter der Serosa bilden. Einzelne der Infiltrate sind in den oberflächlichsten Schichten in der Ausdehnung eines Stecknadelkopfes und darüber nekrotisirt, andere tiefer zerfallen, und haben so seichte am Grunde speckig belegte Substanzverluste gebildet. Hie und da findet sich auch ein Infiltrat um eine Peyer'sche Plaque leicht das Niveau der Schleimhaut überragend, während die Plaque dagegen wie eingesunken, reticulirt erscheint. In der oben angegebenen verwachsenen Schlinge sind zwei mit solchen schildförmigen härtlichen Infiltraten besetzte Stellen innerhalb der beiden Schenkel aussen verwachsen. Das eingedickte Meconium in dieser Schlinge mit einer graulichen Schicht abgestossenen Epithels bedeckt, streckenweise auch auf anderen Partien im Dünndarm, wo die Infiltrate dichter stehen, förmlich croupöse dichte Schleimschichten aufgelagert.

Die Mesenterialdrüsen sind stark geschwellt.

Mikroskopische Untersuchung (hiezu Tafel III. Fig. 1, 2, 3 und Tafel IV. Fig. 4). Dieselbe zeigt als auffallendste Veränderung, dass die Gefässe allenthalben erkrankt sind und zwar besonders die arteriellen, die an den von den Infiltrationsherden weit entfernten Verzweigungen zunächst nur in ihren Aussenschichten kleinzellig infiltrirt sind, näher den Herden in ihren Wandungen immer dichter

infiltrirt, verdickt, verengt, durch Endothelwucherung völlig verschlossen werden. Die venösen Gefässe sind in geringerem Grade und nur in den Aussenschichten infiltrirt.

Den stärker veränderten Gefässen entsprechend findet sich die Mucosa und die Basis der Zotten infiltrirt. An den mit freiem Auge wahrnehmbaren Knötchen fanden sich kleinzellige Infiltrationsherde theils von miliarer Grösse, theils grösseren Umfanges, bald nur die Submucosa, bald vorwiegend die Muskelschichten betreffend. Die kleinsten Infiltrate zeigen dabei deutlich durch ihre in concentrischen Kreisen angeordneten Zellen, dass sie vorwiegend aus den Gefässen durch eine förmliche Auflösung derselben in dem Infiltrate entstanden sind. Die grösseren solcher Herde, aus mehreren kleineren hervorgegangen, überdecken die ganze Structur des Darmes, sind von erweiterten Capillaren umgeben, an der Peripherie in den tieferen Schichten der Submucosa bis an die Längsmuskelschicht von Hämorrhagien durchsetzt. Im ganzen erscheint die Infiltration am dichtesten in einzelnen an die Ringsmusculatur grenzenden Schichten der Submucosa und in der Ringsmusculatur selbst; doch ist das Verhältnis nicht überall gleich: an einzelnen Stellen und in einzelnen Infiltraten erscheinen die mittleren Schichten der Submucosa, entsprechend den Gefässausbreitungen, an anderen wieder die obersten Schichten am meisten infiltrirt, und greift hier der Process durch die Muscularis mucosae bis in die Zottenbasen; hie und da finden sich sogar Centra stärkerer Infiltration in der Mucosa selbst. Allenthalben finden sich auch Infiltrate um die Gefässe zwischen den beiden Muskelschichten. In stärkerer Entwicklung und mehr ausgebreitet sind dieselben entlang den die Ringsmusculatur durchsetzenden Gefässen an jenen Stellen, wo auch in der Submucosa die Gefässe von stärkeren Infiltraten umgeben sind. Die grössten Infiltrate messen im Querschnitt durch den Darm 6 Mm. in der Fläche und greifen durch die ganzen Schichten der Darmwand durch. In den Muskelschichten ist das Infiltrat dichter und breitet sich peripherisch weiter aus, als in der Submucosa; daselbst sind die Infiltrationszellen schärfer contourirt, wohl erhalten, wogegen gegen die Mucosa eine Quellung und Trübung, selbst Zerfall sichtbar wird. Ueber der Höhe des Infiltrates fehlen die Zotten ganz und greift der Zerfall die Oberfläche der Mucosa selbst an.

V. Fall aus dem Jahre 1877 vom 12. Mai. Sectionsbefund aufgenommen vom Assistenten Dr. Breus, der mir damals den Darm

und die Thymus zur näheren Untersuchung übergeben hat. Das neugeborene Mädchen gut entwickelt, 45 Ctm. lang, 2030 Gm. schwer, mit zahlreichen Pemphigusblasen an den unteren Extremitäten, besonders der Planta. Drei erbengrosse gummöse Infiltrate am linken Schläfe- und Stirnlappen, circumscripte eiterige Meningitis über denselben. Thymusabscesse. Lebersyphilis. Pancreas consistenter. Osteochondritis der Epiphysen der Röhrenknochen. Darmsyphilis.

Auf dem Peritonäum, besonders in der Nachbarschaft der Milz sind geringe Mengen flockigen Fibrins aufgelagert. Magenschleimhaut intensiv geröthet, im Magen viel gelblich schleimige Flüssigkeit. Das Darmrohr des dünnen Gedärmes in fast regelmässigen Abständen von 3—$3^1/_2$ Ctm. quer auf die Längsaxe infiltrirt, den Infiltraten entsprechend im Lumen erweitert. Die aufgetriebenen Stellen des aufgeschnittenen Darmrohres betragen in der Quere $2^1/_2$ Ctm. des engeren normalen Darmantheiles. Die Dicke der Darmwandung an den normalen Stellen beträgt 1 Mm. und verdickt sich den Infiltraten entsprechend auf das Doppelte, woselbst sie dann auch derber und starrer wird. Die Peritonäaloberfläche der grösseren Infiltrate ist von aufgelagerten Bindegewebslamellen überzogen, welche fest mit dem Peritonäalüberzuge verwachsen sind. An dem Darmlumen ist die Oberfläche der Infiltrate zottenärmer, glatter und lässt in der Mitte kleine, wie aus einer unregelmässigen Stichelung entstandene Vertiefungen nachweisen, welche den Peyer'schen Plaques entsprechend sich in der Längsaxe des Darmes ausdehnen. Die Mesenterialdrüsen sind vergrössert und dichter.

Mikroskopische Untersuchung: Die Infiltrate selbst haben verschiedene Grösse und Ausdehnung. Ueber den kleineren derselben ist bereits eine Peritonäalverdickung mit den in derselben eingelagerten, stark mit Blut gefüllten und erweiterten Gefässen nachweisbar. Zwischen den beiden Muskelschichten ziehen erweiterte, mit Endothel und geronnener Lymphe gefüllte und von Zelleninfiltrationen umgebene Lymphgefässe. Die Längs- und Querschicht der Muscularis ist stark von neugebildeten Kernen und Zellen durchsetzt. In der Submucosa ist allenthalben eine Bindegewebsvermehrung mit Verdichtung sichtbar, ausserdem eine starke Infiltration um und in den zum Theil stärker verdickten Wandungen der Blutgefässe, so dass es stellenweise zur Verengerung derselben gekommen ist. Um das Infiltrat herum ziehen erweiterte von Blut strotzende feinere Gefässe, in deren äusseren Schichten gleichfalls Kernwucherung sichtbar ist. Die Muscularis

mucosae, die Zottenbasis, so wie die breiteren Zotten selbst sind von Zellinfiltrationen durchsetzt; die Krypten verengt, wie verschlossen, meistentheils des Epithelialüberzuges beraubt. An Stellen der stärksten Infiltrate breitet sich auch das Infiltrat in weiterer Umgebung, als man es makroskopisch erwartet hätte, in allen Darmschichten aus. Das Peritonäum daselbst ist stark verdickt und von neugebildeten Bindegewebsmembranen überdeckt, welche zahlreiche Blutgefässe durchziehen, von denen die grösseren eine Wandverdickung mit hyaliner Degeneration der inneren Schichten zeigen; das Endothel liegt abgelöst in ihrem Lumen. Stellenweise sind erweiterte mit geronnener Lymphe gefüllte Lymphgefässe sichtbar. Die Muskelbündel der Muscularis an einzelnen Stellen durch das angehäufte Infiltrat auseinander geworfen, stellenweise aber von diesem fast ganz verdeckt. Die Submucosa allenthalben verdichtet und stark infiltrirt, ihre Gefässe stark verengt, zum Theil bereits verschlossen und nur hie und da ziehen durch das Infiltrat Capillargefässe mit unregelmässigem Lumen. Die Zotten sind nur in ihrem basalen Theile, und zwar nur an der Peripherie des Infiltrates erhalten. In der Mitte greift der Zerfall in das die Muscularis mucosae durchsetzende Infiltrat. Die Peyer'schen Plaques gehen in das Infiltrat der Umgebung über, von welchem sie nicht abzugrenzen sind und zeigen eine gleichmässige kleinzellige Wucherung.

Fall VI. Sanitätspolizeilich secirt von Prof. Hofmann 21. April 1882. Weibliches Kind der 24jährigen, seit 2 Jahren mit Syphilis behafteten Mutter unter der Fahrt ins Gebärhaus am 19. April im Wagen todtgeboren. Der Körper 48 Ctm. lang, gut ausgebildet. Lungen ecchymosirt, zeigen die typische sogenannte weisse Pneumonie. Lebersyphilis. Milzintumescenz. Osteochondritis epiphysaria. In der Bauchhöhle etwa 10 Ccm. einer gelbgrünlichen serösen, mit spärlichen gelben Faserstoffflocken gemengten Flüssigkeit. Der Peritonäalüberzug und die Gedärme überall dicht injicirt. Im Ileum an mehreren bohnengrossen Stellen die Darmwand gelblich gefärbt, verdickt und markig infiltrirt, das Peritonäum über diesen getrübt von erweiterten Gefässen durchzogen. Diese Infiltrationen entsprechen den Peyer'schen Plaques. Die kleineren sind linsen- und erbsengross, die grösseren umgreifen schalenförmig den Darm, der grösste Knoten im oberen Jejunum misst in seinem längeren, quer auf die Längsaxe des Darmes gestellten Durchmesser 2 Ctm., in seinem Breiten- 12 Mm. und in seinem Dickendurchmesser 2 Mm. Von der Darmoberfläche aus sind die Infiltrate

in der Mitte dem Mesenterialansatze gegenüber von runden, zumeist aber länglichen in der Längsrichtung des Darmes gelegenen Feldern durchzogen, welche vertieft und gestichelt aussehen. Die grösseren rigiden Schalen sind in der Mitte ebenfalls gelblich, im Centrum tief exulcerirt, die grösste bereits im Centrum perforirt.

Mikroskopische Untersuchung (Taf. V. Fig. 5). Auf Schnitten durch den Darm von der Peripherie eines kleineren Infiltrates sieht man die Gefässe erweitert. Die Infiltration ist am stärksten in der obersten Schicht der Mucosa entwickelt und reicht in die Zottenblasen. In den Wandungen und um die erweiterten Gefässe aller Schichten findet sich eine deutliche Zellenanhäufung vor. Die stärker ausgebildeten Knoten (Tafel VI. Fig. 6) lassen folgende Veränderung wahrnehmen: Der Peritonäalüberzug ist durch Quellung und Infiltration verdickt, welch letztere namentlich in der Nähe der Gefässe sich anhäuft. Die Längsmuskelschicht ist kernreicher, ihre Faserung gestreckter; die Ringsmuskelbündel sind auseinander geworfen, doch wie gequollen, obzwar scharf contourirt. Die Submucosa ist von blutüberfüllten Gefässen durchzogen, um welche in dem Bindegewebe diffus und in Haufen Infiltrationszellen eingelagert sind. Die Wandungen der Gefässe durch Bindegewebsneubildung bedeutend verdickt. Die Intima nirgends erheblich verändert. Die Oberfläche über dem stärksten Infiltrate zum Theil noch mit infiltrirten und vergrösserten Zotten, zum Theil nur mehr mit Resten derselben besetzt. Das Infiltrat ist am stärksten in der Mucosa entwickelt, die Peyer'schen Plaques in demselben nicht mehr erkennbar. Die an Stelle derselben makroskopisch vorfindlichen Grübchen entsprechen zum Theil zottenlosen Stellen, zum Theil kleinen Substanzverlusten mit nekrosirender Basis.

Nach den vorgelegten Fällen ergibt sich somit, dass bei Lues hereditaria Veränderungen am Darm zur Entwicklung kommen, die entweder diffus über den ganzen Darm oder grosse Darmstrecken ausgebreitet entzündliche Processe darstellen, oder, auf einzelne Stellen beschränkt, sich als typische Produkte dieser constitutionellen Erkrankung erweisen.

Letztere finden sich fast ausnahmslos im Dünndarm allein, seltener auch nebenher im Magen oder Dickdarm. Und da ist es nicht, was bisher wenig beachtet wurde, der untere Theil des Dünndarmes, wo alle anderen Processe so häufig ihre einzige Aus-

bildung und höchste Entwicklung finden, sondern der obere Antheil des Jejunum, ja meist seine obersten Schlingen, an denen allein oder doch am stärksten entwickelt die Veränderungen sich vorfinden. Dieselben kommen allerdings in sehr verschiedener Ausbildung und Form vor, so dass sie alle Uebergänge von den geringsten makroskopisch kaum wahrnehmbaren Infiltrationsknötchen bis zu den ausgebildetsten Infiltraten und Knoten darstellen. Es lassen sich aber dennoch zwei Formen aufstellen, von denen die eine sich durch die Localisation um die Plaques und ihre Form, die der Infiltration von der anderen in regellos zerstreuten Knötchen und Knoten auftretenden unterscheidet. Zwischen beiden finden sich aber in der Art Uebergänge, als die Infiltrate durch ihre Mächtigkeit zu förmlichen Knoten, die Knotenformen durch Confluenz der einzelnen Knötchen zu Infiltraten sich ausbilden. Immerhin bleibt aber dabei die Localisation in der einen Art um die Plaques, in der anderen die Regellosigkeit derselben erhalten. Man kann daher nicht wie Jürgens es gethan, drei Formen unterscheiden, und diese mit papulösen, gummösen und miliaren vergleichen, sondern man muss, wenn man schon makroskopisch die Formen auseinanderhält, an der Infiltrations- und der Knotenform festhalten.

Bei der ersten Form erscheinen die geringeren Veränderungen als Infiltrate der Schleimhaut, durch grössere Starrheit und leicht gelbliche Verfärbung von der normalen Umgebung unterschieden; dabei kann die Schleimhaut über den Infiltraten ihre normale sammtartige Beschaffenheit behalten haben, oder glatter erscheinen. Bei stärkerer Infiltration tritt aber sehr häufig ein eigenthümliches Aussehen hervor: Die infiltrirten Stellen, welche sich an die Peyer'schen Plaques halten, bilden so wie diese meist länglich ovale Felder, welche in unregelmässigen Abständen kleine grubige Vertiefungen zeigen, oft sogar eine sie nach innen von ihrem Rande umgrenzende Furche.

Durch diese Grübchen gewinnen die Plaques ein reticulirtes Aussehen (wie in manchen Fällen nach Typhus und schweren Katarrhen) und treten sehr scharf hervor, zugleich die Localisation der Infiltrate um sie deutlich markirend. Sind die Infiltrate mächtiger, so schwindet dieses Aussehen, das, wie schon die makroskopische Beobachtung zeigt, nicht von einer Dehiscenz der

Follikel herrührt, sondern vielmehr dadurch hervorgebracht ist, wie die erhabenen Randpartien um die Plaques zeigen, dass die Infiltrate an Stellen der Follikel geringer sind, als in dem umgebenden Gewebe und so den Follikeln entsprechend kleine Grübchen auftreten. Die mächtigen Infiltrate erscheinen — mögen sie an den Plaques oder an anderen Stellen der Circumferenz des Darmes sitzen — als meist oberflächlich glatte oder nur eine Andeutung von Zotten aufweisende starre gelblichweisse Stellen von Linsengrösse und weit darüber, die in ihrer Starrheit namentlich am aufgeschnittenen Darme oft schildförmig sich von der weicheren Umgebung abheben. Ueberdies lassen sich diese Infiltrate schon von aussen am Darm erkennen, indem sie mit gelblicher Färbung durch die Aussenschichten durchschimmern oder dadurch, dass das Peritonäum ober ihnen injicirt, getrübt, verdickt, ja selbst mit pseudomembranösen Auflagerungen bezeichnet ist. Innerhalb dieser zumeist starren Infiltrate und zwar central treten Substanzverluste auf, die allmählich abfallende nie unterminirte starre Ränder (die erhaltenen peripherischen Antheile des Infiltrates) und eine speckig belegte Basis zeigen, welche bei der meist geringen Tiefe der Geschwüre von der infiltrirten Submucosa gebildet wird.

Die zweite Form ist durch das Auftreten von Knötchen charakterisirt, die regellos über die Darmfläche zerstreut sind und meist sehr zahlreich auftreten, die kleinsten von miliarer, die grösseren von Linsengrösse. Vorzüglich sitzen dieselben in der Submucosa und zwar öfter in den tieferen Schichten derselben. Nicht selten trifft man die kleinsten Knötchen zwischen den Muskelschichten, häufiger sogar noch in der Ringmuskelschicht selbst an, wie die histologischen Befunde es näher gezeigt haben. Sie sind daher schon von aussen am Darm durch das gelbliche Durchschimmern erkenntlich, wie sie sich auch von innen durch die geröthete Schleimhaut bemerkbar machen. Ueber den grösseren Knoten ist die Schleimhaut fixirt, meist wie geglättet, niemals aber tritt über diesen Knoten das bei der ersten Form so häufig vorhandene reticulirte Aussehen hervor. Es breiten sich zwar solche Knoten auch besonders in der Fläche aus, substituiren schliesslich oft sämmtliche Darmschichten bis auf die Serosa, welche dann immer aufgefilzt, injicirt oder pseudomembranös ver-

dickt ist. Auch an solchen Knoten kommt es zum Zerfall und damit zur Bildung von Substanzverlusten, die mit den früher geschilderten gleiches Aussehen haben.

Diesen beiden verschiedenen makroskopischen Bildern entsprechen mikroskopische Befunde, die den feineren histologischen Vorgängen nach vollkommen gleich sind — als kleinzellige Infiltrationen der Darmschichten sich darstellen, die aber bei der ersteren Form an den Follikelapparat, besonders die Peyer'schen Plaques sich halten, bei der zweiten in völlig regellosen rundlichen Herden ausgebreitet sind. Gerade an letzteren und zwar den kleinsten miliaren Knötchen zeigt es sich am deutlichsten, dass die Infiltrationen sich an die Gefässe halten. Ausnahmslos findet man im Centrum der Herde kleine arterielle Gefässe, die von einer Zone kleiner Infiltrationszellen umgeben oder meistens auch schon selbst in ihren Wandungen von solchen durchsetzt sind. Vor Allem sind es die tieferen Zweige in der Submucosa und die die Ringmusculatur durchsetzenden Gefässe vor ihrem Eintritt, also noch zwischen der Ring- und Längsmuskelschicht, die bei der Knötchenform in der angegebenen Weise zumeist verändert sind.

Bei der ersten Form hingegen sind es vor Allem die Gefässe, welche die Plaques umspannen, an denen die Veränderung beginnt und von welchen aus die Infiltration zunächst nach oben in die Zottenbasen und in der Umgebung in die angrenzenden Submucosaschichten greift. In dieser Form kommt es aber bald auch zu einer Mitbetheiligung der Follikel der Plaques zu einer kleinzelligen Wucherung, so dass das Infiltrat um dieselben mit dem aus ihnen hervorgegangenen verschmilzt und so über grössere Flächen sich ausbreitet. Dabei kommt es durch die zunehmende Infiltration der Zotten zu dem deutlich sammtartigen Aussehen der Schleimhaut — oder der von manchen Autoren angegebenen Hypertrophie der Zotten — dann allmählich zur Glättung durch das scheinbare Schwinden der Zotten, indem diese unter der Schwellung niedriger werden, wobei die später eintretende Veränderung der Follikel — die Stellen, wo diese liegen, zunächst als Grübchen erscheinen lässt (reticulirtes Aussehen) — bis endlich auch durch dessen Wucherung die Infiltrate im Ganzen beetartig hervortreten. Mit dem beginnenden nekrotischen Zerfall kann auch

in anderer Weise durch ein förmliches Abbröckeln der Zotten eine oberflächliche Glättung der infiltrirten Stellen entstehen.

In der zweiten Form entsteht die Ausbreitung der Veränderung nicht durch eine Mitbetheiligung der Plaques oder nur gelegentlich, wo eben die Gefässe an diesen mitergriffen sind. Auch nicht durch Vergrösserung der einzelnen miliaren Knötchen allein, sondern unter diesen durch Confluenz der Herde, wie sich das deutlich an grösseren Infiltraten aus einzelnen Centren nachweisen lässt.

Wenn also zunächst die Infiltration um die Gefässe und nur um diese auftritt, dabei aber die Gefässe anscheinend noch normal sind, so dürften doch, wie eben diese Localisation und noch mehr die bald auftretende Mitbetheiligung der Gefässwand zeigt, von vornherein die Gefässe der Ausgangspunkt der Erkrankung sein. Ja diese Gefässveränderung, die wie gesagt als eine Infiltration der Adventitia beginnt, muss sogar als der Schwerpunkt der Veränderung angesehen werden, da besonders in manchen Fällen die Infiltration um die Gefässe relativ gering, jene in den Wandungen aber sehr bedeutend wird, so dass die Gefässe nicht nur verdickt und verengt werden, sondern die Infiltration zu einer förmlichen Auflösung der Gefässwand führt und die Gefässe völlig verschlossen werden. In solchen Knötchen findet sich dann, wie schon oben angedeutet wurde, eine gegen das Centrum immer dichter werdende concentrische Anordnung der Infiltrationszellen, zwischen denen man kaum noch die Reste der Wandschichten erkennt. (Leichtere Grade und Beginn Taf. III. Fig. 1, 2, 3.) Bei schwer veränderten Gefässen tritt aber noch meist eine endotheliale Wucherung ein, welche die Verengerung und Verschliessung begünstigt.

Zunächst und überwiegend sind die feineren arteriellen Gefässe ergriffen, die Capillaren bleiben frei und zeigen öfter nur eine Erweiterung. Weiterhin kommt aber auch an den Venen, nur in untergeordneterem Grade als leichtere Infiltration der Wand sich kundgebende Betheiligung hinzu. Immer breitet sich der Process entlang der Gefässe mehr oder weniger continuirlich aus und greift auf diese Weise in einer Schicht um sich und von einer auf die angrenzende über.

Die Lymphgefässe bleiben zwar nicht unbetheiligt, namentlich die schon grösseren Lymphstämmchen zwischen den

Muskelschichten und unter der Serosa (Fälle III, V und bei Oser). Doch ist ihre Betheiligung eine untergeordnete und auch oft nur eine passive, insoferne sie nicht blos mit in die Infiltration einbezogen werden, d. h. selbst in ihren Wandungen infiltrirt werden, sondern auch, wie aus der Erweiterung um grössere Infiltrate hervorgeht, einer Ausdehnung mit Anhäufung ihres Inhaltes, wahrscheinlich in Folge Verschluss durch Compression unterliegen.

In dieser Gefässveränderung ist aber zugleich die Ursache des Zerfalls der Infiltrate und Knoten gegeben. Denn dieser findet immer nur an den zur höchsten Ausbildung gelangten Stellen, wo also die Gefässe vollständig untergegangen sind und nur unter dem Bild der einfachen anämischen Nekrose statt. Dass dabei der Zerfall in den centralen oberflächlichsten Partien beginnt, ist in der Ursache desselben begründet, was um so klarer ist, als jede andere Einwirkung von Seite des Darminhaltes in solchen Fällen auszuschliessen ist, denn solche Ulcerationen finden sich bei Neu- ja Frühgeborenen, wo doch nur der gewiss unschuldigste Darminhalt, das Meconium vorhanden ist. Aber auch der tiefe Zerfall erklärt sich aus dieser Veranlassung der Gefässveränderung am einfachsten. Wie beträchtlich derselbe werden kann, zeigt am besten der Fall VI und eine von Prof. Kundrat mir überlassene Beobachtung von einem etwas zu früh geborenen Kinde, das am zweiten Tage starb und eine Putrescenz des Nabelstranges mit hochgradiger Auftreibung des Unterleibes zeigte. Als Ursache dieser letzteren fand sich eine diffuse eitrige Peritonitis veranlasst durch eine Perforation des Darmes am Jejunum an der Basis einer syphilitischen Ulceration. Daneben fanden sich im Darm vollkommen gleiche Veränderungen wie im Falle VI, ferner Syphilis der Leber und eine Osteochondritis zweiten Grades.

Nach diesen beiden Fällen, welche Frühgeburten aus dem 8. Schwangerschaftsmonate waren, erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass der syphilitische Process im Darm sich rasch entwickelt. Da man bisher unter dem 7. Monat des Intrauterinlebens noch keine syphilitischen Veränderungen am Darm beobachtet hat, mussten sich die oben erwähnten Affectionen (so weit ein Vergleich zulässig ist) bis zu dieser Höhe innerhalb der letzten Wochen ante partum ausgebildet haben. Ueberdies kommt der hochgradige Zerfall auch wohl rasch zu Stande, wie es weiters

aus den beiden Fällen erhellt, in denen neben der Perforation nur die Zeichen einer recenten allgemeinen Peritonitis vorhanden waren, die natürlich rasch zum Tode führte. Aus dem Fall VI geht zugleich unzweifelhaft hervor, dass der Process schon in utero zur Perforation führen kann.

Wie aber schon Eingangs erwähnt wurde, finden sich neben diesen eigentlich syphilitischen Veränderungen solche, die den Charakter diffuser entzündlicher Processe besitzen.

Zunächst an der Schleimhaut. Diese ist immer und meist in sehr hohem Grade injicirt, geröthet, was selbst neben den an solchen todtgebornen Früchten durch Stauung bedingten cyanotischen Hyperämien deutlich an der helleren Röthung zu erkennen ist. Weiterhin ist in den meisten Fällen eine mikroskopisch deutlich wahrnehmbare diffuse Infiltration der Mucosa und der Submucosa und eine Kernwucherung an den Muskeln auf weitere Strecken um die Infiltrate und Knoten vorhanden. Diese diffusen entzündlichen Veränderungen finden sich aber nicht blos in jenen hochgradigen Fällen von syphilitischer Erkrankung, sondern auch bei geringeren Graden zuweilen sogar in grosser Intensität entwickelt und können selbst bei hereditärer Lues vorhanden sein, ohne dass specifisch syphilitische Affectionen am Darm ausgebildet sind. Sie haben daher an und für sich eine grosse Bedeutung, insbesondere weil dadurch eine Erklärung für die längst bekannte Thatsache gegeben wird, dass die Kinder syphilitischer Mütter so häufig an schweren, tödtlichen, durch nichts zu beherrschenden Darmkatarrhen erkranken [1]). Aber auch in einer anderen Weise noch ist diese entzündliche Affection der Schleimhaut wichtig. Sie führt zu einer Verfettung und Desquamation der Epithelien neben Bildung eines zähen Schleimes. Es entstehen dadurch förmlich croupöse Exsudatmassen und zwar constant gerade über den infiltrirten Stellen, die wohl zu der irrigen Ansicht geführt haben mögen, dass syphilitische Kinder zu croupösen Darmaffectionen geneigt sind.

Nicht ohne Bedeutung scheint fernerhin eine zweifellos mit dieser entzündlichen Darmaffection im Connex stehende Verän-

[1]) Pollak, Mittheilungen über Syphilis hereditaria. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. III. Jahrg. pag. 443.

derung des Meconiums zu sein, die am besten im I. Fall ausgeprägt, auch bei anderen wenn auch in geringerem Grade sich vorfand. Es besteht dies nämlich in einer Eindickung des Meconiums, so dass dieses einen förmlichen Pfropf bildet, der so fest den Darmwandungen respective dem aufgelockerten Epithel anhaftet, dass man ihn nur sammt diesem vom Darme abziehen kann, wodurch der Pfropf eine grauliche, sammtartige Hülle aussen erhält. Für die Ausstossung des Meconiums ist dies jedesfalls eine Behinderung, wie auch im Fall I durch $15^1/_2$ Stunden kein Meconium entleert wurde.

Auch die Serosa ist oft bei selbst wenig weit vorgeschrittener syphilitischer Erkrankung des Darmes afficirt, entzündet. Bald mehr unter dem Bild einer schleichenden Entzündung, die zur Trübung, Verdickung, Pseudomembranbildung (Fall V) führt, bald, was wohl mit der heftigeren rascheren Entwicklung des Processes zusammenhängen dürfte, ist sie mit fibrinösen Exsudatmassen bedeckt, und wie wir gesehen (Fall IV) kann selbst, wie bei Perforation (Fall VI und Fall Prof. Kundrat's) eine eitrige Entzündung vorhanden sein. Die chronischen Entzündungen geben auch zu Verwachsungen Veranlassung (wie im Fall IV und jenem von Roth blos zwei, jene von Eberth, Oser VI u. A. mehrere Schlingen betreffend) und sind vielleicht auch manche derartige Fälle von ligamentösen Adhäsionen und Bauchraum-Verwachsungen, wie sie bei syphilitischen Kindern beobachtet wurden, (Baerensprung pag. 190) darauf zurückzuführen, bei denen die Darmaffection übersehen wurde, was in Anbetracht dessen, dass diese sehr gering gewesen sein kann, leicht erklärlich wäre. Insofern als gerade in letzteren Fällen eventuell ein längeres Extrauterinleben erreicht werden konnte, wäre damit ein Anhaltspunkt für die Entstehung eines Theils der angeborenen entzündlichen Veränderungen des Bauchfells mit ihren vielfachen Folgeerscheinungen gegeben.

Die syphilitischen Affectionen des Darmes führen aber weiterhin noch zu Veränderungen in der Weite des Lumens. Schon bei geringeren Graden finden sich die erkrankten Partien leicht ausgebuchtet, bei ausgebreiteteren solchen Formen, die den Darm in grösserem Umfang umgreifen, ist die ganze Peripherie des Darmes ausgedehnt, so, dass abwechselnd das

Darmrohr enge, das ist normal und weiter dilatirt erscheint, förmlich knotige Anschwellungen zeigend. Ringförmige, das Darmlumen verengernde Infiltrate (Oser) habe ich nicht gesehen. In manchen Fällen geht auch eine Verdickung der Darmwand durch Massenzunahme und unter Verdichtung der Submucosa aus der diffusen Infiltration der letzteren hervor (Fall V, und Birch-Hirschfeld).

Immer betheiligen sich die mesenterialen Drüsen an dem Processe durch Schwellung, Infiltration und Verdichtung.

In keinem Falle war die syphilitische Affection des Darmes für sich allein vorhanden. Constant fanden sich daneben Syphilis der Leber, Milztumor, die syphilitische Osteochondritis, oft auch und gerade in den schwersten Fällen Veränderungen in anderen Organen, Lungen, Hirn, Nieren und andere Formen der Erkrankung der Knochen.

Es erscheinen somit die syphilitischen Affectionen des Darmes von grösserer Bedeutung auch für die Fälle hereditärer Lues, als bisher angenommen wurde, indem sie nicht blos gelegentliche Befunde als Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung bilden, sondern schwere Processe, die in den Vordergrund des Gesammtleidens treten können und schon im Mutterleib oder bald nach der Geburt das Absterben der Früchte veranlassen. Wie dieselben bei leichterer Entwicklung auf die Function des Darmes und damit in die Erscheinungen der hereditären Lues eingreifen, ist nach den bis jetzt bekannten nicht abzuschätzen, zumal man nur die schweren specifischen Affectionen des Darmes in Betracht zog, wie sie sich in den geschilderten beiden Formen kenntlich machen, hingegen die diffusen entzündlichen Veränderungen ganz ausser Acht liess. Darüber aber kann nach Vorliegendem kein Zweifel bestehen, dass diese leichteren Entzündungsprocesse als eine syphilitische Affection aufzufassen sind, nachdem dieselben nicht nur als constante Begleiter der charakteristisch specifischen Affectionen auftreten, sondern auch für sich allein, und worauf besonders Gewicht gelegt werden muss, in einer Lebenszeit, wo jede andere Ursache für ihre Entstehung völlig ausgeschlossen ist.

## Literatur.

Baerensprung 1864. Die hereditäre Syphilis.
Förster 1863. Enteritis syph. Würzburg. med. Zeitsch. Bd. IV. S. 18.
Roth 1868. Enteritis syphil. Virch. Arch. Bd. 43. p. 298.
Schott 1861. Fall von heredit. Syph. a. Kind. Arch. f. Kinderheilk.
Wagner 1863. Das Syphilom. Arch. f. Heilkunde.
Meschede. Arch. f. path. Anat. Bd. 37.
Eberth 1867. Virch. Arch. Bd. 40. S. 326.
Klebs 1869. Handbuch d. pathol. Anat. p. 261 u. ff.
Cullerier 1854. De l'entérite syphilitique. L'Union médicale 137.
Birch-Hirschfeld 1878. Ueber anatomische Befunde bei angeborner Lues der Kinder. Aus den Sectionssitzungen d. 51. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Aerzte. Ref. W. med. Presse 41.
Kundrat 1880. Krankheiten des Magens u. Darmes im Kindesalter. pag. 184 u. ff.
Köbner 1871. Virch. Arch. Bd. 55. Separatabd. Beiträge zur Kenntniss d. heredit. Knochensyphilis. Fall 6.
Warfvinge u. Blix 1878. Fall von Darmsyphilis. Ref. Vierteljrsch. f. Derm. u. Syph. 1879. p. 456.
Hedenius P. 1875. Fälle von Eingeweidesyphilis. Ref. Vierteljschr. f. Derm. u. Syph. 1876. p. 647.
Björnström Fr. 1875. Fall von Darmsyphilis. Ref. Vierteljschr. f. Derm. u. Syph. 1876. p. 644.
Ferrari, Primo 1876. Entero-peritonitis syphilitica. Lo sperimentale XXXVIII. Ottobre. p. 424.
Dittrich 1858. Ueber das Auftreten der constit. Syphilis im Darmkanale. Inaug.-Diss. Erlangen, Müller.
Jürgens 1880. Ueber Darmsyphilis bei Kindern. Vortrag in d. Ges. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. Berlin. Ref. Wien. med. Presse 1880. p. 1637.
Schwimmer 1873. Ein Fall von Enteritis syphil. nebst Bemerkungen über diese seltene Krankheitsform. Arch. f. Derm. u. Syph. p. 245.
Oser 1871. Drei Fälle von Enteritis syphil. Arch. f. Derm. u. Syph. 1871. p. 27.

# Erklärung der Tafeln.

(Die Zeichnungen sind von Dr. Jul. Heitzmann.)

Tafel III. (Fig. 1, 2, 3) stellt drei Gefässpaare aus der Submucosa des Falles IV dar. In dem betreffenden Präparate, in dem der Knoten ausgedehnter war, als der von demselben Fall in Fig. 4 dargestellte, ist Fig. 1 das vierte, Fig. 2 das dritte, Fig. 3 das zweite Gefässpaar, welches ausserhalb des eigentlichen Infiltrationsherdes in regelmässigen Abständen von einander sich befindet. (Vergr. Oc. 1, Obj. 6 = × 260. Reichert.)

Tafel IV. Fig. 4. Uebersichtsschnitt (Längsschnitt) eines Infiltrationsherdes, der fast die ganze Darmwand durchsetzt, mit kleineren Knötchen (*k*, *k*) in der Ringmusculatur, umgeben von erweiterten Capillaren (*c*, *c*, *c*) stark erkrankten grösseren Gefässen (*g*, *g*) und einer Hämorrhagie (zwischen den Schenkeln bei *H*). (Vergr. Oc. 1, Obj. I = × 25.)

Tafel V. Fig. 5. Längsschnitt, die Darmwand in der Nachbarschaft eines kleineren Infiltrates treffend und nur an der dickeren mittleren Partie dargestellt. Bei (*v*, *v*, *v*) sind erweiterte mit Blut gefüllte Gefässe, die zum Theil gegen die stark infiltrirte Mucosa ziehen; ausserdem solche mit stärkerer Infiltration in der Submucosa (*a*, *a*, *a*). (Vergr. × 25.)

Tafel VI. Fig. 6. Querschnitt durch den Darm, ein mittelgrosses Infiltrat der Peyer'schen Plaques quer an einem Ende treffend.

Bei *i* Infiltration zwischen der Ring- und Längsmuskelschichte — *p* Serosa von erweiterten Gefässen durchzogen, die bei *g g* die Muskelschichte durchbrechen. Im submucösen Infiltrat allenthalben erweiterte, zum grössten Theil mit Blut gefüllte Gefässzweige. (Vergr. × 25.)

# Ueber das Keratoma palmare et plantare hereditarium.

Eine Studie zur Kerato-Nosologie

von Dr. **P. G. Unna** in Hamburg.

(Hiezu Tafel VII.)

---

Zwei eigene Fälle von Keratoma palmare et plantare hereditarium. — Historisches. — Die Hyperakanthosen und Hyperkeratosen von Auspitz. — Eigene Studien über Hyperkeratose und Epithelwucherung. — Akanthome und Parakeratosen. — Das verhornende Fibroakanthom (Naevus). — Hauthorn und Ichthyosis. — Meine Eintheilung der Akanthome, Hyperkeratosen und Parakeratosen.

Auspitz theilt die „Hyperkeratosen" in 3 Unterabtheilungen ein[1]):

1. Diffus.
   Ichthyosis diffusa, *a*) simplex,
   *b*) hystrix.
2. Um die Follikel.
   Lichen pilaris,
   Ichthyosis follicularis.
3. In Herden, aber von den Follikeln unabhängig.
   Cornu cutaneum,
   Tyloma,
   Clavus.

Auspitz stellt sich mit dieser Eintheilung vollkommen auf den Standpunkt Lebert's[2]), welcher zuerst Hauthorn und Ichthyosis als circumscripte und diffuse Form desselben Leidens zusammenfasste und die meisten Fachgenossen werden geneigt sein,

---

[1]) S. „System", pag. 249.

[2]) Ueber Keratose, Breslau 1864.

sich dieser Eintheilung anzuschliessen, mit dem Gefühl der Befriedigung, welches wir jeder Vereinfachung entgegentragen. Diese Annäherung früher so weit auseinander gehaltener Zustände bringt es jedoch mit sich, dass die Grenze zwischen Hauthorn (Keratom) und Ichthyosis (Keratosis) schärfer ins Auge gefasst wird als bisher. Nöthigt uns in der That, wie Lebert es glaubte zugestehen zu müssen, klinische Beobachtung und anatomische Untersuchung anzunehmen, dass zwischen diesen beiden Typen mannigfache Zwischenformen den allmählichen Uebergang vermitteln, oder stehen wir hier vor wesentlich verschiedenen Krankheitsprocessen? Diese Frage drängte sich mir mehr als je auf, als ich bei der Beobachtung der sogleich zu besprechenden Keratomform (Keratoma palmare et plantare hereditarium) zur Ueberzeugung gelangte, dass der bisher für dieselbe gebrauchte Name: „Ichthyosis palmaris" ein missbräuchlicher, nicht zutreffender sei.

Vor $2^1/_2$ Jahren wurde ich zu einem alten, zum Besuche in Hamburg anwesenden Herrn gerufen ($J^*$ in der Tabelle 1), welcher bereits seit langer Zeit an einer Hautaffection beider Fusssohlen litt. Die beiden plantae waren mit unregelmässig desquamirender Hornschicht bedeckt; an einigen Stellen war diese zu gelblichen Schuppen verdickt, an anderen im Gegentheile verdünnt, roth, atlasglänzend und empfindlich. Besonders an den groben Furchen der Fusssohle war die Hornschicht durch Rhagaden zerklüftet, welche bis auf die Stachelschicht herabgingen und in geringem Maasse nässten; an anderen Stellen der Sohle wurden die Schuppen durch diese Risse nur ganz oberflächlich in vielgestaltige, rhombische und multanguläre Felder getheilt. Dieser Zustand der Hornschicht erstreckte sich überall nur bis zu den Grenzen des Plantargebietes, d. h. stieg an allen Rändern des Fusses und der Zehen von der Plantarfläche aus etwas gegen das dorsum pedis in die Höhe. Die Dorsalhaut selbst bot nur das Aussehen gewöhnlicher Greisenhaut, ohne irgend eine andere Abnormität dar. Die juckenden Empfindungen, besonders in der Umgebung der Rhagaden, über welche der Patient klagte, veranlassten mich damals, trotz der Abwesenheit von Bläschen und Infiltration der Lederhaut, das Leiden als das Ausgangsstadium eines auf die Fusssohlen beschränkten, chronischen Ekzems anzusehen, worin ich durch einige anamnestische Angaben in Betreff früherer Urtheile von Fachgenossen über

dieselbe Affection bestärkt wurde. Die Haut des übrigen Körpers zeigte überall senile Atrophie, war aber sonst völlig normal. Die inneren Handflächen schienen mir etwas schwielig verdickt zu sein, erregten aber damals nicht meine besondere Aufmerksamkeit, wie denn auch der Patient über sein Aussehen nicht zu klagen hatte. Die Einwicklung der Fusssohlen und Zehen in Zinksalbenmull brachte in einigen Tagen die schmerzhaften Empfindungen fort, die Risse der Oberhaut zum Heilen, machte die Hornmassen glatter und geschmeidiger und so entliess ich den Herrn bei seiner Abreise mit der Empfehlung, die begonnene Behandlung unausgesetzt fortzugebrauchen und mit günstiger Prognose in Bezug auf ein endliches Heilresultat. Ich verschwieg mir damals keineswegs die Absonderlichkeit des Falles, wusste denselben jedoch nicht anders unterzubringen. Von der Diagnose einer Psoriasis palmaris, wozu der erste Anblick am ehesten verführte, sah ich ab, wegen der seit vielen Jahrzehnten streng innegehaltenen regionären Beschränkung und der überhaupt ganz psoriasisfreien Anamnese. Ich erhielt in längeren Intervallen Kenntniss von dem Verlaufe des Falles; die subjective Befriedigung hielt nur an, so lange der Salbenmull wenigstens Nachts consequent getragen wurde; es stellte sich eine grössere Geschmeidigkeit der Oberhaut, aber keine definitive Heilung ein.

Noch ehe ich aber den Patienten wiederzusehen Gelegenheit hatte, bekam ich eine jüngere Verwandte (*Je**) desselben Herrn in Behandlung, die seit ihrer frühesten Jugend an einer auf Fusssohlen und Hohlhände beschränkten, eigenthümlichen Hautaffection litt, welche mich mit einem Male auch über das Leiden des älteren Herrn vollständig aufklärte. Ich wurde hier zunächst nur wegen des Zustandes der Hände consultirt und fand das gesammte Palmargebiet beider Hände mit einer sehr stark verdickten, gelb durchscheinenden Hornschicht bedeckt. Dieselbe wurde durch beständiges Waschen auf einem geringeren Niveau erhalten; bei geringster Vernachlässigung der Hände bildeten sich aber sogleich dickere Hornschuppen und -Platten, welche die Beweglichkeit der Hände einschränkten, an den gröberen Furchen oft einrissen und überdies natürlich eine unangenehme Entstellung der Hände verursachten. Bei genauerer Betrachtung zeigte sich, dass nicht blos die Hornschicht mächtig gewuchert war, sondern auch die Stachelschicht und

der Papillarkörper, so dass hier nicht sowohl eine einfache Schwielenbildung vorlag, als vielmehr ein flächenhaft ausgebreitetes Hauthorn, welches sich regionär genau deckte mit der bereits beim Embryo so ganz von der übrigen Haut verschiedenen Palmar- und Plantarregion. Nur an den bekanntlich auch mit dickerem Epithel bedeckten Streckseiten der Fingergelenke zog sich die Hauthornbildung über die Dorsalfläche der Finger hin, indem sie alle Fingergelenke mit ringförmigen Schwielen umgab. Die natürlichen Rillen der Hornschicht waren zum Theil erhalten, zum Theil verwaschen; die Schweissfunction der Hohlhände war durchaus nicht gestört.

Anamnestisch erfuhr ich, dass nicht blos die Patientin seit frühester Kindheit an derselben Affection gelitten habe, sondern auch eine ganze Reihe ihrer Verwandten, so dass hier also ein erbliches Leiden vorlag. Nun war mir mit einem Male das eigenthümliche keratoide Aussehen der Fusssohlen des alten Herrn verständlich und ich verbesserte meine Diagnose sofort, indem ich annahm, dass auch bei ihm seit frühester Jugend dieselbe Form von Hauthorn vorgelegen habe. Dann war das jetzige Aussehen der Füsse theils als die Folge allgemeiner seniler Atrophie der Haut, theils einer vorübergehenden, durch Mangel an Pflege auf der Reise erzeugten Reizung zu betrachten. Und so stellte es sich bei einem späteren Besuche des Patienten auch heraus. Die Ekzemerscheinungen waren geschwunden, die Keratose war geblieben. Nun war entsprechend der allgemeinen Atrophie der Cutis eine Verdickung der Papillarkörper wie bei der jüngeren Verwandten nicht zu constatiren; auch waren die Hornmassen bröckliger und fehlten stellenweise.

Es wurde nun das Ansinnen an mich gestellt; das Leiden der jungen Dame zu heben oder wenigstens die Hände auf ein gesellschaftsfähigeres Aussehen zu bringen. Ich versprach das Letztere, hatte aber zu meiner eigenen Ueberraschung das Glück, das Erstere zu Wege zu bringen. Von einem anderen Arzte war früher schon mit vorübergehendem Erfolge Pyrogallussäure in Anwendung gebracht. Ich verwandte zunächst Chrysarobin und erzielte damit allerdings das Resultat, den Papillarkörper zu reduciren und die ganze verdickte Hornschicht zur Abstossung zu bringen. Aber die öftere Wiederholung dieser Procedur war der Pat. bei der Benignität des Leidens nicht zuzumuthen. Da kam mir auf

Grund älterer Erfahrungen über die prompte Wirkung der Salicylsäure bei Warzen und Leichdörnern der Gedanke, auch diese Affection mit dem Mittel zu behandeln. Es wurde ein 20percentiger Salicylpflastermull applicirt, worauf nach kurzer Zeit sich die weisslich verfärbte Hornschicht in grossen Lamellen abstiess und eine normale Haut zum Vorscheine kam. Diese Art der Application zeigte aber den Nachtheil, dass das Pflaster überall gleich tief wirkte, während die Hornschwiele nicht überall die gleiche Dicke zeigte; das Pflaster wirkte daher an einzelnen Stellen zu wenig, an anderen zu derselben Zeit schon zu stark, so dass die Haut daselbst empfindlich wurde. Salben- und Bäderformen waren natürlich noch weniger praktisch, da die normale Rückenhaut der Hand, welche ganz abzuschliessen unmöglich war, die Salicylsäure in der nothwendigen Stärke keineswegs vertragen hätte. Ein Versuch mit Salicylcollodium wurde aufgegeben, da auch dieses Vehikel durch Spannungen und Einrisse Unbequemlichkeiten erzeugte[1]). Ich liess daher schliesslich nur eine mit etwas Fett versetzte, ätherische, 10percentige Salicylsäurelösung genau auf die befallenen Stellen einpinseln und eintrocknen. Der Erfolg war ein allmählicher, aber vollständiger Schwund des Hauthorns. Nachdem so ohne Schmerzen, Verfärbung und sonstige Unbequemlichkeiten die Affection beseitigt war, liess ich in immer längeren Intervallen den Salicyläther noch weiter benutzen und endlich aussetzen. Nach mehreren Monaten erst zeigte sich an einigen Stellen, besonders an der Falte zwischen Daumen und Zeigefinger ein leichtes Recidiv, welches nach einigen Salicylbepinselungen verschwunden war. Seitdem ist ein Jahr ohne Recidiv verstrichen, so dass ich nicht anstehe, die Patientin für geheilt zu erklären, wofür sich dieselbe selbst bereits seit Langem hält, da sie bei früheren Curversuchen stets ein Recidiv auf dem Fusse folgen sah.

Dasselbe Mittel (Salicyläther) wurde später bei dem älteren Verwandten während seines Besuches mit gutem Erfolge gebraucht. jedoch war hier die Oberhaut an vielen Stellen so dünn, dass intercurrent immer Antiekzematosa gebraucht werden mussten und von consequenter Anwendung der Salicylsäure in starker Dosis nicht die Rede sein konnte.

[1]) Die Form der Salicylglyceringelatine, die hier gerade am Platze gewesen wäre, war damals noch nicht erfunden.

Dagegen erhielt ich im letztvergangenen Jahre Gelegenheit, noch 3 auswärtige Mitglieder derselben Familie zu behandeln, welche mit dem Erbübel behaftet waren (*S**, **A***, **Er***). Sämmtliche zeigten hohe Grade der Affection; am geringsten noch Fräulein *S*, welche mit dem Salicyläther auskam. Die beiden männlichen Mitglieder **A** und **Er** waren auch an den Füssen mit sehr starken Hornauflagerungen versehen, die mit grossen Unbequemlichkeiten für den Träger verknüpft waren, da zugleich eine starke Hyper- und Osmidrosis pedum bestand. Besonders bei **A** glichen die Fusssohlen en miniature einem Plateau tief zerklüfteter, gelblichgrauer Schiefergesteine. Hier erwiesen sich die Salicylpflastermulle von grossem Nutzen, sowohl gegen die Keratose, wie gegen die Hyperidrose.

Die folgende Tabelle enthält 3 Generationen der betreffenden Familie, soweit mir die Familiennachrichten zugänglich waren. Es unterliegt mir keinem Zweifel, dass eine genauere Untersuchung noch mehr als die 8 Fälle in derselben Familie entdecken würde, besonders da sehr leichte Andeutungen der Affection gewiss übersehen, oder wenigstens gerne verschwiegen sind. Ich habe alle Fälle von Keratom in der Tabelle durch liegende, die schwereren durch fette Lettern, die von mir selbst untersuchten mit einem * bezeichnet. Ob bereits vor der Generation I die Affection in der Familie vorhanden war, konnte ich nicht erfahren.

Tabelle I.

J. N.

| | | |
|---|---|---|
| I. | 2 Söhne: S, *J**; | 2 Töchter: *J*, S. |
| II. | 3 Söhne; 2 Töchter: N, *S** | 4 Söhne: **K**, **A***, **Er***, Ed; 4 Töchter: E, Ju, V, *Je** |
| III. | . . . . . | *1 Sohn* (von 6 Kindern). |

Auf die detaillirte Beschreibung des seltenen makroskopischen Anblicks der Hände und Füsse dieser Keratompatienten glaube ich verzichten zu können. Es kamen dabei alle nur denkbaren hypertrophischen Hornformationen vor, wie sie aus den Schilderungen der älteren Autoren über Ichthyosis und Hauthörner bekannt sind. Hervorheben möchte ich nur einige Eigenthümlichkeiten, welche mein besonderes Interesse erregten.

Zunächst war die Consistenz der Hornschwarten bei diesen Fällen eine bedeutende. An den Händen liessen es die beständigen Waschungen, welchen sich alle Befallenen unterzogen, fast nie zu lamellösen Abschuppungen kommen. Hier war daher die Hornbekleidung durchscheinend, der Haut des Rhinoceros vergleichbar. An den Füssen dagegen, soweit keine Hyperidrose concurrirte, waren beständig sehr trockene und harte, schieferartig aufgethürmte Schuppenmassen vorhanden. Die Hyperidrosis erweichte, wo sie vorhanden war, allerdings die inneren Lagen, welche dadurch bröckliger und weicher erhalten wurden. Vergleicht man jedoch hiermit die Schuppen einer exquisiten Ichthyose, so findet man dieselben trotz der viel grösseren Trockenheit weniger hart und hornartig, überall aufblätternd, ohne den festen nagelartigen Zusammenhang des Keratoms, der Consistenz nach mehr den psoriatischen Schuppen gleichend. Ich habe leider die Gelegenheit versäumt, diese ganz charakteristischen Unterschiede mikroskopisch weiter zu verfolgen.

Zweitens ist der auffallend plötzliche Uebergang der gesunden in die krankhaft veränderte Haut zu notiren. Dieser geschieht ohne jede Uebergangszone, wenn man als solche nicht den steilen Abfall des Hauthorns zur normalen Haut bezeichnen will, oder mit anderen Worten: der Uebergang ist in diesen Fällen mikroskopisch, nicht makroskopisch wahrnehmbar. Die ansteigende Kante des Hauthorns ist indolent, nicht im mindesten entzündlich geröthet oder geschwollen, was insofern wichtig ist, als eine permanente, chronische Entzündung an der Peripherie die Vermuthung erwecken könnte, dass die Affection sich auf der Basis eines chronisch entzündlichen Zustandes des Papillarkörpers entwickle. Einen solchen habe ich aber nur selten, und zwar dort constatiren können, wo äussere Schädlichkeiten, wie Stiefeldruck, gewirkt hatten, oder wo dicht an der Peripherie Hornmassen gewaltsam abgerissen waren. Das Hauthorn bildet durch sein steiles Ansteigen an den meisten Stellen einen peripheren Wall, von dem es nach dem Innern der Handfläche (mehr als an der Fusssohle) deutlich etwas abfällt.

Drittens möchte ich die Aufmerksamkeit lenken auf die im Bereiche der erkrankten Haut vollkommen erhaltene Schweissfunction. Nicht nur, dass die letztere an den Handflächen aller

Patienten von ganz normaler Beschaffenheit war, die Füsse der am schwersten Betroffenen litten sogar an permanenter Hyperidrosis und unter dem Einflusse sich allmählich festsetzender Mikroorganismen an Osmidrose. Keinesfalls waren also die Schweissporen durch die Keratose der Oberfläche obliterirt. Wer meine Ansichten über die Herkunft des wässrigen Schweisses kennt, wird aber auch nicht erwarten, dass ich aus dieser concomitirenden Hyperidrosis auf eine übermässige Thätigkeit oder eine Hypertrophie der Knäueldrüsen schliesse. Immerhin mag eine solche vorhanden sein als Theilerscheinung der allgemeinen Hypertrophie der Oberhaut; die Hyperidrose würde durch sie nicht erklärt werden. Hierzu gehört entweder eine abnorme Ueberschwemmung des Papillarkörpers mit Gewebssaft, sei es durch Hyperämie oder venöse Stauung, oder eine abnorme Durchlässigkeit der Lymphwege des Epithels für denselben. Nach dem klinischen Verhalten dieser Keratomfälle möchte ich von den drei Möglichkeiten am ehesten eine venöse Stauung des Papillarkörpers annehmen, da die Betreffenden meist kühle und einige von ihnen zu Frost geneigte Extremitäten hatten. So viel steht aber durch diese Fälle fest, dass das Keratom der Handfläche und Fusssohle sich in Bezug auf die Schweissfunction diametral entgegengesetzt verhält, wie die sogenannte Ichthyosis. Es ist eines der charakteristischesten Symptome dieser letzteren Krankheit, dass die befallenen Stellen nie schwitzen. Bei universeller Ichthyosis ist wässriger Schweiss den Patienten selbst im Hochsommer unbekannt und anderseits vermeidet die Ichthyosis möglichst diejenigen Körperstellen, welche am leichtesten schwitzen, so das Gesicht, die Gelenkbeugen, die mittlere Schweissrinne des Rückens, die Handflächen, Fusssohlen und die Genitalien. Ja noch mehr, die Ichthyosis wird vorübergehend durch stärkeres Schwitzen geheilt; im Sommer, unter Flanellkleidern nimmt die Ichthyosis spontan ab und durch allabendlich fortgesetzte Pilocarpininjectionen erzielt man von dem Zeitpunkte ab eine rasche Besserung, wo es Einem gelingt, bei den schwer schwitzenden Patienten endlich eine ordentliche Idrose in Gang zu bringen.

Viertens endlich ist ein sehr bemerkenswerther Umstand die volle Erhaltung der Druckempfindlichkeit an den keratoid entarteten Flächen. Das Gefühl für die Berührung eines feinen, stumpfen Gegenstandes, etwa eines Nadelkopfes, ist an den dicksten

Hornplatten nicht schwächer als an der gesunden Umgebung. Hingegen nimmt die Empfindung für Schmerz natürlich im selben Maasse ab, als die Hornmassen dicker sind. Nadelstiche werden nämlich ganz wie bei gesunder Haut erst dann schmerzhaft empfunden, wenn die Spitze die Hornmassen durchdrungen hat und sensible Nervenenden der Stachelschicht unmittelbar verletzt: daher muss hier die Nadel zu demselben Effect natürlich weit tiefer eindringen. Es zeigt sich bei dieser Affection so recht deutlich, dass die Berührungsempfindlichkeit (im Gegensatze zur Schmerzempfindung) gar nicht das Bewusstwerden eines mechanischen Insults einzelner Nervenendapparate verlangt, sondern das Resultat eines psychischen Schlusses ist, hervorgegangen aus der durch einen festen Körper (Hornschicht) auf unzählig viele Nerven der Stachelschicht gleichmässig übertragene, feinere Druckschwankung. Mir scheint diese Bemerkung für die Physiologie des Tastsinnes nicht ohne Bedeutung zu sein und ich möchte doch Neurologen und Physiologen auffordern, in ähnlichen Fällen von ausgebreiteten Verdickungen der Hornschicht mit feineren Methoden, als ich es mit der Nadel in den genannten Fällen vermochte (Grösse der Tastkreise etc.), zu untersuchen, ob wirklich, wie ich Grund habe anzunehmen, die Dicke der Hornschicht nahezu oder ganz gleichgiltig ist für die tactile Empfindung. Es würde diese Thatsache ja nach der gewöhnlichen Annahme gesonderter Nervenendapparate für die Schmerzempfindung einerseits und die Tastempfindung anderseits ganz unverständlich sein. Denn die postulirten beiden Apparate würden ja doch wohl durch die Hornplatten ganz gleichmässig der Aussenwelt entrückt, müssten also wohl auch gleichmässig in ihrer Wirkung abgeschwächt werden; das findet aber nur für die Schmerzempfindung statt. Sollte man sich nun zu der Annahme versteigen, dass nur die tactilen Nervenenden noch bis in die äusserste Hornschicht reichten, oder dass am Ende die Hornsubstanz selbst tactiles Endorgan sei?

Ich glaube diese Annahmen wären ebenso haltlos wie unnöthig. Beachten wir nämlich die bekannte Thatsache, dass tactile Reize nur von denjenigen Nervenendapparaten aufgenommen werden, welche mit wahrer Hornschicht oder einer entsprechenden Lage ausgetrockneter, lebloser Zellkörper bedeckt sind, dagegen nie von solchen Schleimhäuten, welche einfaches Cylinder-

epithel tragen oder von den endothelbelegten Eingeweiden oder den blosgelegten Nervenstämmen, so ergibt sich doch als nächster Schluss, dass die Empfindung eben durch die eingeschobene Leitung zur tactilen wird. Trifft ein Reiz solche Schleimhäute und Eingeweide, so wird eben stets irgend ein Nervenendapparat oder Nervenstamm direct verletzt und es entsteht Schmerz, durchdringt der Reiz die Hornschicht und trifft die Nervenenden der Haut unmittelbar, so entsteht ebenfalls Schmerz, durchdringt er jedoch die Hornschicht nicht, so entsteht nur Druck (und zugleich Temperaturwahrnehmung) vermöge der Vermittlung des indifferenten Leiters, ohne dass andere Nervenendapparate gereizt worden wären. Es kann doch unmöglich gleichgiltig sein, dass unsere besten Tastregionen, die Fingerenden der Hand, das Lippenroth, die Zunge gerade die dicksten Belege mit indifferentem Material tragen.

Ich weiss sehr wohl, dass die Lehre von der Analgesie und Anästhesie dieser Auffassung total widerspricht, und dass Physiologen und Pathologen ganz einig darüber sind, dass Druck und Schmerz, wenn auch vielleicht nicht gesondert aufgenommen, doch sicher gesondert fortgeleitet werden. Da aber die Schmerzempfindung, wo sie auftritt, die Tastempfindung stets erstickt, so ist die Untersuchung ganz isolirter Schmerzempfindung überhaupt ein schwieriges Unternehmen. Mir scheint, dass, wenn auch die Leitung im Rückenmark ein doppeltes Geleise besitzt, bis zum Rückenmark ein und dieselbe Nervenfaser Druck und Schmerz ganz gut leiten könne, je nach der Art des Contacts, welcher sie im Einzelfalle mit der Aussenwelt in Verbindung setzte. Die Analgesie nach Durchschneidung der grauen Substanz der Hinterhörner oder in der Morphium-Chloroformnarkose beweist eben nur, dass gewisse schwache Reize die einfache Seitenstrangbahn einschlagen, während stärkere, verletzende Reize ausserdem in der grauen Substanz des Rückenmarks zu Schmerz verarbeitet zur Oberfläche des Grosshirns gelangen; verschiedene periphere Nervenarten oder verschiedene Endapparate werden durch jene Erscheinungen nicht nothwendig gemacht.

Jedenfalls halte ich die hier nur angedeutete Erscheinung in der Pathologie der Haut, welche ihr physiologisches Prototyp in der dicken Hornbekleidung der besten Tastregionen besitzt, der

Mühe werth, eine ad hoc angestellte physiologische Untersuchung zu veranlassen.

In der allerletzten Zeit erhielt ich zufällig Kenntniss von der Familie eines hiesigen Arbeiters Ebert, in welcher dieselbe Affection der Handflächen und Fusssohlen heimisch ist. Dieser Fall hatte ein besonderes Interesse für mich, da ich bei dem jüngsten Kinde die Affection im Entstehen beobachten konnte. Zu einem therapeutischen Versuche gaben die in ärmlichen Verhältnissen lebenden Eltern leider ihre Zustimmung nicht, da sie in der sonderbaren Missbildung ihrer Kinder die Quelle von pecuniären Einnahmen erblickten. Der Fall ist in Kürze folgender:

Der Vater ist, wie seine ganze Familie, vollständig frei von der Affection. Die Mutter dagegen, eine 35jährige, seit 9 Jahren verheirathete Frau hat seit ihrer frühesten Kindheit an der Affection gelitten. Da ihre Verwandten meist gestorben sind und die Frau über die Ueberlebenden keine Nachweise geben kann, so ist die Affection nicht weiter zurück zu datiren. Das Keratom ist an den Füssen bei ihr in hochgradigster Form ausgebildet, an den Händen durch vieles Waschen bis auf eine wenig erhabene, gleichmässige Verdickung der Palmarfläche reducirt. Ihr ältestes Kind starb bereits nach $^1/_4$ Jahre, ohne dass die Eltern mit Sicherheit die Affection an demselben constatiren konnten. Das zweite Kind war ein Mädchen, Anna, jetzt 6 Jahre alt. Hier entdeckten die Eltern den Beginn des Keratoms erst mit dem siebenten Monate, wo es zuerst an beiden Füssen, bald darauf auch an beiden Händen auftrat. Bei den beiden nun folgenden Kindern, Wilhelm, jetzt 3 Jahre und Max, jetzt $^3/_4$ Jahre alt, waren sie jedoch schon mehr vertraut mit den Anfangssymptomen. Sie behaupten, dass bereits unmittelbar nach der Geburt bei beiden Kindern die Palmar- und Plantarflächen von einem bläulichen Rande umsäumt gewesen seien, und dass an diesem Rande nach 7 Monaten die ersten Spuren des Horns aufgetreten seien. Von dem Rande aus habe sich dann die Affection allmählich über die ganzen Flächen verbreitet. An dem 9 Monate alten Kinde war in der That die Affection noch nicht vollständig ausgebildet. Die bläulichen Ränder, welche dem Hauthorn vorausgegangen sein sollen, waren nur noch andeutungsweise vorhanden; in der Mitte der Hände, wo das Keratom noch nicht

vollständig ausgebildet war, konnte ich nichts davon bemerken, ebensowenig wie bei den älteren Kindern. An den Füssen nahm die Keratombildung die Ränder der Sohlen, den Fersenballen, die Ballen der Metatarsusköpfchen und die Zehenbeeren, kurz die schon normal mit stärkerer Epidermis versehenen, ballenartig hervortretenden Theile ein, während die Mitte noch fast frei von derselben war. An den Händchen waren auch Ränder und Ballen zumeist befallen. In der Mitte der Hohlhand waren zwischen und zur Seite der sogenannten Lebensfalten höhere, strichförmige Hornbildungen vorhanden, die Falten selbst aber waren noch frei, wobei bemerkt werden muss, dass die Händchen meist fest geschlossen gehalten wurden. Leider war es nicht möglich, von den inneren Handflächen und den Fusssohlen dieses kleinsten Kindes gute Photographien zu erhalten. Dagegen gebe ich in der beifolgenden Tafel die Photographien der Hände des ältesten Mädchens. Bei diesen sind die ganzen Flächen seit langer Zeit bereits mit dicken, grauschwärzlichen Hornmassen bedeckt. Besonders mache ich auf den steilen Abfall des Keratoms aufmerksam, der gut am Ulnarrande der rechten Hand des Mädchens ausgeprägt ist; weiterhin auf die absolute Reinheit der mitphotographirten übrigen Haut. Der Tastsinn war auch bei diesen Patienten gut erhalten, die Schmerzempfindung bei den älteren Kindern und der Mutter herabgesetzt. Kochendheisse Gegenstände, z. B. ein eben gekochtes Ei, konnten sie alle ohne Beschwerde in den Händen halten und die älteste Tochter soll als dreijähriges Kind die Landleute in Erstaunen gesetzt haben, indem sie ohne Schmerzensäusserung barfuss auf Stoppelfeldern lief.

Die Literatur über das Keratoma plantare et palmare ist bis jetzt eine sehr spärliche. Gustav Simon gibt die Abbildung einer kleinen Partie eines Keratoma plantare, welches auf dem anatomischen Museum in Berlin aufbewahrt wird (Die Hautkrankheiten, pag. 48, Taf. II, Fig. 11) und schon 1819 in einer Dissertation von Ernst beschrieben wurde. Ob es sich aber dabei um ein auf diese Regionen beschränktes Keratom gehandelt hat, wird von Simon nicht genau angegeben.

Fuchs (Die krankhaften Veränderungen der Haut, Thl. II, pag. 699) berichtet unter der Varietät: Ichthyosis cornea verrucosa.

„Dieser Varietät ist sehr wahrscheinlich die Krankheit von „Melada, einer kleinen Insel im Golf von Venedig, beizuzählen, „von welcher Stulli (Bullet. des sc. med. f. 21) eine ausführliche „Beschreibung liefert; nur hat sie das Eigenthümliche, dass sie „vorzugsweise Hautstellen befällt, welche von den anderen Ich- „thyosisformen ganz verschont bleiben, nämlich die Fusssohlen und „Handteller; mit der Zeit geht sie aber auch auf andere Körper- „theile, vorzüglich die Gelenke, das Knie, den Ellbogen über."

Es wäre wohl der Mühe werth, dass französische Fachgenossen, welche der citirten Abhandlung von Stulli habhaft werden können, Genaueres über die Affection von Melada zur allgemeinen Kenntniss brächten. Die Ausbreitung des Uebels auf andere Regionen als Handteller und Fusssohlen würde ja allein noch nicht die Möglichkeit ausschliessen, dass es sich um eine dem Keratoma palmare et plantare analoge Affection gehandelt habe. Das Hauptaugenmerk müsste auf hereditäre Verhältnisse gerichtet sein.

In der französischen von Barthélémy und Colson besorgten und von Ersterem mit vorzüglichen, die französische Schule repräsentirenden Anmerkungen versehenen Ausgabe von Duhring's Lehrbuch finde ich folgende Anmerkung im Capitel: Ichthyosis (pag. 460):

„L'ichthyose palmaire et plantaire est tellement rare, q'uelle „est mise en doute par presque tous les observateurs français. Ils „ont pu voir, en effet, que l'épaississement épidermique de la „paume des mains et de la plante des pieds coïncidait rarement „avec l'ichthyose des membres et que d'autre part, il existait „souvent seul. Aussi pensent-ils que l'on a affaire alors plutôt „à la kératodermie simple, qu' à l'ichthyose vraie."

Man wird im Verlaufe dieser Arbeit sehen, dass ich zu ganz demselben Schlusse (in etwas weiterer Fassung) gekommen bin, wie die hier ohne speciellen Namen citirten französischen Autoren.

Aus der neueren Zeit ist noch die Arbeit von Boegehold (Ein Fall von Ichthyosis cornea, Virchow's Archiv, Bd. 79, pag. 545, 1880) zu erwähnen, obgleich der betreffende Fall vielleicht genau genommen nicht hierher gehört, da einerseits ausser den Handtellern und Fusssohlen über beiden Kniegelenken sich ebenfalls Hornauswüchse befanden und zweitens keine Angaben über Erblichkeit in der Familie beigebracht werden. Jedoch liegt die

Möglichkeit vor, dass dieser Fall den vermittelnden Uebergang bildet zwischen dem typischen Keratom der Handflächen und Fusssohlen und den multiplen Hornbildungen Bätges. Obgleich die Arbeit unter den Auspicien von Wilms entstanden ist, scheinen dem Autor doch die Arbeit von Esoff über Ichthyosis (Virchow's Archiv, 1877), sowie die in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie erschienenen Arbeiten von Bätge (1876) und mir (1879) über Hauthörner vollkommen unbekannt geblieben zu sein. Die neuesten Schriftsteller, welche Boegehold citirt, sind aus den sechziger, die meisten aus den vierziger Jahren und in der That liest sich die Arbeit selbst, als wenn sie in jenen Zeiten verfasst wäre, besonders was den mikroskopischen Theil betrifft. Wie rasch der Autor über das Wesen der Ichthyosis klar wird, erhellt zur Genüge aus folgendem Citat:

„Aus diesem mikroskopischen Befunde lässt sich auch ein „Schluss auf den Process, der die Ichthyosis bedingt, ziehen. Das „Wesen der Ichthyosis besteht wahrscheinlich darin, dass die neu„gebildeten Epidermiszellen abnorm schnell dem Processe der „Verhornung anheimfallen. Die verhornte Zelle aber verliert die „Elasticität und plattet sich durch gegenseitigen Druck ab.“(!)

Die einzigen, sorgfältig bearbeiteten Notizen über das uns beschäftigende Leiden fand ich in einer noch unter Friedreich gearbeiteten Dissertation von Thost, betitelt: Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris (Heidelberg, 1880), welche den, den meinigen beiden vollkommen parallelen Fall einer aus der bayrischen Pfalz gebürtigen Familie Heilmann behandelt. Ich sehe zunächst von dem von Thost gewählten und jedenfalls auch von Friedreich sanctionirten Namen: Ichthyosis palmaris ab, um den Fall, welcher den wenigsten Lesern bekannt sein dürfte, hier kurz zu skizziren.

## Tabelle II.

I. . . . . *J. G. Heilmann.*

II. . . 6 Söhne: *Ja, Jo,* F, *H,* K, . . . . . *M;* 1 Tochter: R.

III. 1 Sohn: *J**; 1 Tochter: *M**; 4 Söhne: H, *K**, H, *F**; 4 Söhne: F, *H, H,* W; 1 Tochter: R.

2 Töchter: L. *R**;

IV. . . . I. Ehe II. Ehe

1 Sohn; 3 Töchter: *Li*, Lo*, F*.*

In diesem stark abgekürzten und auf das Wichtigste reducirten Stammbaume der Familie Heilmann, welcher 4 Generationen des Keratoms umfasst, sind alle von demselben befallenen Mitglieder mit liegender Schrift und die von Thost selbst untersuchten Fälle mit einem * versehen. Es ergibt sich daraus, so weit die Familiennachrichten reichten, dass in 4 Generationen das Leiden wenigstens 17 Mal vorkam, worunter 8 Fälle Thost zugängig waren. Das Leiden vererbte sich wie in meinen Fällen ohne Unterschied auf männliche und weibliche Kinder und trat stets nur in directer Linie, nicht bei den Kindern gesunder Geschwister auf; der Sohn *H* (II. Gen.) vererbte das Uebel in zwei Ehen auf fast alle seine Kinder.

Thost hatte zunächst Gelegenheit, das Uebel in der vierten Generation in einem noch jüngeren Stadium zu beobachten als ich. Bei der 12 Wochen alten *F** (IV.). „die noch von der Mutter „genährt wurde, zeigten sich erst nach der 10. Woche längs der „normalen Furchen beider Handteller einzelne, kleine, sich ab„schilfernde Hautlamellen und an dem Seitenrande namentlich der „rechten Hand beginnt sich die erwähnte rothe Zone (s. u.) zu „demarkiren, während an den Füssen, abgesehen von einer etwas „stärkeren Röthe der ganzen Fusssohle noch nichts Abnormes zu „bemerken ist. Das Kind hatte bis vor Kurzem noch keine Spur „der beginnenden Erkrankung gezeigt, weshalb man anfangs be„stimmt glaubte, es werde von der erblichen Hautaffection ver„schont bleiben und das späte Auftreten derselben in diesem Falle „galt für ein Abweichen von der bislang beobachteten Entwick„lungsweise. Die Mutter gab ausserdem an, dass dieser Säugling „sehr stark am Kopf und auch an Händen und Füssen schwitze."

Die erwähnte „rothe Zone" beschreibt Thost an einer früheren Stelle folgendermassen: Die Hornmassen grenzen sich gegen das Gesunde mit einem wallartig erhabenen Rande ab.

„Die diesem Epidermiswall zunächst angrenzende, etwa 1 Ctm. „breite Hautzone am äusseren Rand der Hand ist glänzend, von „mehr bläulich rother Farbe, schuppt ganz wenig in kleinen, dünnen „Fetzen ab und geht dann allmählich in die normale Haut der „Dorsalfläche über; es ist jene rothe Zone dieselbe, die bei den „Neugebornen schon wenige Wochen nach der Geburt das erste „Zeichen der sich entwickelnden Erkrankung bildet. Auch längs

„der seitlichen Ränder der Finger, wo die erkrankte Haut der „Palmarfläche in die gesunde Haut der Streckseite der Finger „übergeht, findet sich dieselbe glänzende, blaurothe Hautzone, nur „ist dieselbe hier schmäler wie an den Handtellern und besonders „empfindlich, so dass das Abreissen der kleinen, zarten Hautfetzen, „die sich von jenen Hautpartien ablösen, hier von heftigen Schmerzen „begleitet ist. Die Nägel der Finger sind völlig normal und wohl „gebildet."

Da diese Herleitung des Leidens in den Familien Ebert und Heilmann von einem bläulichen Randstreifen ganz übereinstimmend angegeben wird, müssen wir sie wohl als ein Charakteristicum unseres Keratoms betrachten. Während aber in den Thost'schen Fällen ein bläulichrother, glänzender, leicht schuppender Halo auch späterhin persistirte, war von einem solchen in der Familie meiner ersten Tabelle und in der Familie Ebert nichts zu bemerken, derselbe gehört also nicht nothwendig zum Krankheitsbilde und deutet auf einen etwas höheren Grad venöser („frost"-artiger) Stauung in der Familie Heilmann; übrigens ist es auch der einzige Unterschied, der mir zwischen diesen Fällen und den meinigen aufgefallen ist. Uebereinstimmend mit den Angaben der Familie Ebert, begann die Erkrankung auch bei den Heilmanns bald nach der Geburt (mit Ausnahme des Falles *F**), etwa in der dritten Lebenswoche, und zwar schritt auch hier die Ansammlung der Hornmassen von dem genannten, bläulichen Rande nach der Mitte der palmae und plantae zu, um schliesslich die Flächen vollständig zu überziehen.

Auch Thost hebt neben der blühenden Gesundheit sämmtlicher Familienmitglieder im Allgemeinen eine grosse Neigung mehrerer derselben zum Schwitzen hervor, sowie eine das Fussleiden begleitende Hyper- und Osmidrose.

Weiter fiel ihm, ebenso wie mir, die Empfindlichkeit der erkrankten Partien auf. Er äussert sich hierüber bei der Schilderung des Falles *K** (III. Gen.), welcher einen Schuhmacher betrifft, folgendermassen:

„Er gibt uns an, dass er heisse Gegenstände eher und länger „als seine Kameraden ohne Schmerz anfassen und halten könne, „auch tiefere Nadelstiche in die Epidermis empfindet er nicht als „schmerzhaft, doch ist die Berührungsempfindung so fein, dass er

„die leise Berührung mit der Spitze einer feinen Präparirnadel „selbst auf der harten Kruste und den dicksten Hautpartien am „Fusse exact empfindet. Ferner gibt er an, dass er nie habe bar- „fuss gehen können, da die kleinen Steine auf der Strasse ihm „heftigen Schmerz verursachten. Die Fusssohlen waren bei ihm, wie „in den ersten Fällen, mit einer hornigen Kruste überzogen, die „in der Höhle des Fusses etwas dünner war, auf der Ferse jedoch „und auf den Fussballen eine mächtige Dicke erreichte".

Thost konnte jedoch ganz schmerzlos den Hornballen der Ferse mit dem Rasirmesser beschneiden, und beobachtete bei dem selbst im Winter stark schwitzenden Patienten auf den Schnittflächen die Querschnitte der Schweissporen, aus denen fortwährend klare Schweisstropfen perlten. In diesem Falle erhielt Thost auch die Erlaubniss, ein Hautstückchen zu excidiren.

Eine Hyperästhesie des Tastgefühles, eine „auffallende Feinfühligkeit" an den erkrankten Hautpartien war auch in dem Falle *Li** vorhanden. Am Fusse dieser letzteren Patientin konnte Thost ausserdem ein Missverhältniss zwischen der Länge der Zehen und der Fusssohlen bemerken, auf welches Wilson schon mit diesen Worten aufmerksam machte:

„Die Zehen erschienen auffallend kurz im Verhältnisse zu der „von einem gleichmässigen Hornpanzer überzogenen Fläche der „Sohle".

Es ist leicht erklärlich, dass das Sohlenepithel, welches schon de norma durch seine mächtige Entwicklung zu einem Ueberquellen der ganzen Sohle gegen die Dorsalhaut des Fusses (und ebenso bei der Hand) an den Zwischenfingerfalten Anlass gibt, bei der hier vorliegenden Hypertrophie noch mehr als gewöhnlich die Zehen von unten her verdeckte. Da in Thost's Falle *Li** jedoch auch die Zehen sonst deformirt, übereinander geschoben und sämmtlich mit Leichdörnern versehen waren, so wird in diesem Falle enges Schuhwerk das seinige zu dieser Verunstaltung beigetragen haben. In meinen Fällen ist dieses Verhältniss nicht besonders ausgeprägt gewesen.

*M** und *F** (III. Gen.) berichteten Thost, dass sich zu Zeiten grössere Epidermislamellen spontan ohne nachweisliche Ursache abstiessen.

Im Allgemeinen ergab sich aus der Zusammenstellung derjenigen Familienzweige, welche von nicht befallenen Mitgliedern abstammten (in der Tabelle fortgelassen), dass regelmässig auch die Kinder von der Krankheit verschont blieben, so dass Thost als Regel aufstellen konnte, dass die Affection nie eine Generation überspringt. Es ist mir deshalb sehr wahrscheinlich, dass in meiner Tabelle I der Sohn (I. Gen.), welcher angeblich von der Affection frei war, obgleich eine Tochter (*S**) dieselbe wieder zeigte, doch wohl, wenn auch vielleicht in geringerem Grade, mit derselben behaftet gewesen sein mag.

Das von Thost untersuchte Hautstückchen, welches, vom Ulnarrand der Hand genommen, der Grenze der Affection gegen das Gesunde entsprach, zeigte beim Vergleiche mit einem genau entsprechenden Hautstückchen einer normalen Leiche die Papillen auf das Fünffache verlängert, zugleich in der Breite etwas verschmälert und an Zahl nicht vermehrt. Die lang ausgezogenen Papillenspitzen waren sämmtlich nach einer Richtung schief umgelegt, ob nach dem Centrum oder der Peripherie der Affection, wird nicht gesagt. Die Stachelzellen zeigten sich nicht vergrössert oder sonstwie verändert, ihre Zahl jedoch beträchtlich vermehrt und dadurch die Stachelschicht stark verbreitert. Die Körnerschicht war normal. Als Zeichen abnorm fester Verhornung war die basale Hornschicht verbreitert und nach aussen hin weniger gut von den folgenden Hornschichten abgegrenzt. Die bedeutende Verdickung der Hornschicht (im Original missbräuchlich Epidermis genannt) kommt hauptsächlich auf Rechnung der Verbreiterung der Mittelschicht. Die Cutis ist in toto verbreitert; die Knäueldrüsen sind bereits im Verlaufe des Ausführungsganges, noch mehr aber im Bereiche des Knäuels, hier auf das Doppelte, verbreitert, die trichterförmige Einsenkung der verschiedenen Oberhautschichten in einander ist bei der allgemeinen Epithelverdickung an tingirten Präparaten sehr hübsch und leicht zu demonstriren. Das Fettgewebe, welches die Knäueldrüsen umgibt, ist ebenfalls stärker ausgebildet als normal. Die Blutgefässe erscheinen erweitert, was Thost auf den rothen Halo des Keratoms bezieht.

Nach diesem Befunde müssen wir in unserer Affection lediglich eine nichtentzündliche Oberhauterkrankung sehen und zwar eine homöoplastische Geschwulstbildung der Epidermis. Die Ver-

dickung der Cutis tritt jedenfalls ganz zurück gegen die bedeutende Vermehrung aller epithelialen Elemente und es fragt sich nur, ob wir hier eine Hypertrophie der unverhornten oder der verhornten Oberhaut anzunehmen, ob wir es nach der Terminologie von Auspitz mit einer Hyperakanthose oder einer Hyperkeratose zu thun haben. Eine einfache Verdickung der Hornschicht wie beim Tyloma liegt ja sicher nicht vor; wir haben eine starke Verbreiterung der Stachelschicht als eines Ganzen mit der davon abhängigen Verlängerung und Verjüngrung der Papillen und eine entsprechende Hypertrophie der gar nicht verhornenden Epithelmassen der Knäueldrüsen. Die Affection nähert sich daher bedeutend den Hyperakanthosen und die Frage ist sicher ebenso berechtigt als bis jetzt noch wenig erörtert, ob es vorzuziehen ist, sie einer dieser natürlichen Gruppen und nur dieser anzureihen.

Auspitz allein hat dieser Frage in seinem „System" die gebührende Beachtung geschenkt und kommt zu folgendem Resultate: Die Anomalien der Hornbildung sind nicht nothwendig bedingt durch Erkrankungen der Stachelschicht oder mit solchen complicirt und deshalb Keratonosen und Akanthosen als natürlich getrennte Ordnungen der Gruppe der Epidermidosen aufzufassen. Wie ich übrigens gegenüber modernen Antisystematikern bemerken möchte, wird solche Frage nicht „dem Systeme" zu lieb aufgeworfen, sondern weil ihre Aufstellung überhaupt der erste Anfang ist, zu einer festen Ansicht über die pathologische Eigenheit der Affection zu gelangen und in der festen Ueberzeugung, dass die kaleidoskopartige Aneinanderreihung auch vergleichsweise so unbedeutender Affectionen wie Ichthyosis, Warze, Hauthorn in früheren Lehrbüchern weniger der Abneigung gegen die Schranken eines Systems als der absoluten und gar wohl bewussten Unmöglichkeit entsprang, irgend welche charakteristischen Merkmale für die verschiedenartigen Wachsthumstendenzen aufzufinden.

Auspitz[1]) begründet seine radicale Trennung von Keratonosen und Akanthosen durch zwei Thatsachen. Erstens lehre die Entwicklungsgeschichte, dass beim Fötus an den meisten Stellen des Körpers eine Stachelschicht lange Zeit ohne Hornschicht vor-

[1]) System, pag. 118.

handen sei. Auspitz stützt sich hierbei auf Rémy. Abgesehen davon, dass dieser Satz nicht vollständig richtig ist — denn wenn auch erst vom 7. bis 8. Monate an der Fötus eine Körnerschicht erhält, so bedecken doch schon vom 3. Monate an einfacher verhornte Epithelien von der Dignität der Hornschicht des Lippenroths den Fötus überall — so vermag ich nicht einzusehen, was durch den Satz bewiesen werden kann. Der vorübergehend isolirte Bestand einer Gewebsform kann doch unmöglich beweisen, dass auch späterhin dieselbe noch ganz isolirt zu erkranken vermag. Dagegen ist die zweite Thatsache nicht nur absolut erwiesen, sondern auch vollkommen genügend, den obigen Satz zu beweisen, dass nämlich Erkrankungen der Stachelschicht vorkommen, ohne dass die Verhornung der Stachelzellen im mindesten darunter leidet. Als solche Erkrankungen führt Auspitz an: Schwellung der Elemente, typisches oder gar atypisches Auswachsen, Durchwachsensein von fremden Geweben wie bei Warzen, Condylomen und Epitheliomen, ferner eine eigenartige Debilität und Ernährungsstörung der Stachelschicht wie beim Pemphigus. Als besonders prägnantes Beispiel, weil es einen Parasiten betrifft, möchte ich noch hinzufügen: das Molluscum contagiosum. Hier haben wir einen fremden Schmarotzer[1]), der sich von der jungen Stachelzelle und in derselben nährt. Trotzdem tritt zur Seite des Parasiten in dem Reste der Stachelzelle die Umwandlung zur Körnerschicht ein und gleich darauf verhornt der Zellenmantel in ganz normaler Weise, wobei der Parasit abstirbt (Molluscumzelle). Ein schlagenderer Beweis von der Möglichkeit einer normalen Verhornung neben pathologischen Processen der Stachelschicht lässt sich wohl nicht geben. Im Allgemeinen ist jedoch die Anzahl der pathologischen Veränderungen eine beschränkte, welche die Stachelschicht und nicht auch in der Folge die Hornschicht treffen. Alle Exsudationsprocesse, welche chronisch (Ekzem) oder subacut (pustulöse Processe, Ekzem) die Stachelschicht verändern, lassen auch die Hornschicht nicht intact. So bleiben also ausser den von Auspitz genannten Hypertrophien der Stachelschicht und dem Molluscum contagiosum nur die acuten Exsudationen übrig, die zu rasch aufschiessenden Blasen führen (künstliche Blasenbildung, Pemphigus). Das sind die Affectionen, welche be-

[1]) Ich stehe vollständig auf dem Standpunkte von Bollinger und bin durch Geber's Aufsatz nicht an dieser Auffassung irre geworden.

weisen und erläutern, dass und wie weit eine normale Hornschicht neben einer afficirten Stachelschicht bestehen kann.

Dass auch das Gegentheil vorkommt, eine erkrankte Hornschicht neben gesunder Stachelschicht — Auspitz zieht diese Frage nicht in Betracht — dafür liefert die Pityriasis versicolor das classische Beispiel (ausser ihr liesse sich wohl nur noch die Exfoliatio areata palmaris anführen), aber schon die anderen Mykosen: Impetigo contagiosa, Herpes tonsurans, Favus zeigen, dass auch die primäre Erkrankung der Hornschicht nur in sehr beschränktem Masse ohne Reaction auf die Stachelschicht bleibt und in dieser Richtung schliessen sich den Mykosen direct die Parakeratosen an: Psoriasis, Lichen ruber — und die Ichthyosis, sei es, dass sie eine chronische Congestion mit Hypertrophie der Stachelschicht und abnormer Verhornung (Psoriasis, Lichen ruber, Ekzema marginatum), sei es, dass sie einfache Retentionserscheinungen und dadurch secundäre Anomalien der Stachelschicht herbeiführen (Ichthyosis, Favus).

Wenn aber nun auch die beiden, durch einen noch unbekannten, chemischen Vorgang physikalisch so stark unterschiedenen Lagen der Oberhaut in engen Grenzen selbstständig und allein erkranken können, so ist damit doch noch durchaus nicht erwiesen, dass die durch starke Hornauflagerungen ausgezeichneten Affectionen (Cornu, Tyloma, Clavus) primäre Verhornungsanomalien, und dass die durch vorwaltende Hypertrophie der Stachelschicht charakteristischen Affectionen (Warzen, Epitheliome), wenn überhaupt, höchstens secundäre Verhornungsanomalien aufweisen. Dieses sind aber die Nachweise, die wir bringen müssen, ohne welche die Auspitz'sche Trennung in Keratonosen und Akanthosen in der Luft schwebt. Dieselben können aber selbstverständlich nur dadurch geführt werden, dass wir zunächst die pathologische Verhornung selbst analysiren und dann prüfen, ob ihr Zustandekommen die Annahme einer solchen Polarität rechtfertigt.

Wir sind nun in der That so glücklich, jetzt sowohl die Regeneration der Stachelschicht, wie die Verhornung derselben, d. h. die beiden Factoren, aus deren Ineinandergreifen sämmtliche Keratome und Akanthome erklärt werden können und müssen, morphologisch bereits genügend zu kennen, um das Schema

aller überhaupt möglichen Geschwulstbildungen der Oberhaut aufzustellen.

Auf der einen Seite haben wir die einfache Hypertrophie der Stachelschicht, welche allein für sich nur zu einer Verbreiterung derselben führt. Zusammenwirkend mit einem Gegendrucke von aussen oder innen kann sie jedoch zu Veränderungen des Papillarkörpers führen. Ein Gegendruck von aussen an einer abnorm festen basalen Hornschicht zwingt die hypertrophische Stachelschicht, wie ich das in Bezug auf die Entwicklung des Fibrokeratoms nachgewiesen habe (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. XII, pag. 271), in Zapfenform in die Cutis vorzudringen und dadurch einen steilwelligen (fälschlich sogenannten hypertrophischen) Papillarkörper zu bilden. Ein Gegendruck von innen, von einer festen Cutisunterlage her (z. B. einem Gelenkhöcker, einer narbig veränderten Cutis) zwingt die wuchernde Stachelschicht, da ein zapfenförmiges Einwachsen in die Cutis unmöglich ist, zu einer Ausgleichung, einer Erniedrigung des noch vorhandenen Papillarkörpers, indem der noch einzig disponible Raum eben durch die nachgiebigen Papillen eingenommen wird. Immer wird aber die hypertrophische Stachelschicht das Bestreben haben, etwa vorhandene, wellige Ungleichheiten der Hornschicht durch Druck von unten her auszugleichen, die Hornschicht in ein plattes oder sogar nach aussen convexes Lager auszubreiten.

Ganz entgegengesetzt im Erfolge und ebenso sicher aus allgemein mechanischen Grundsätzen abzuleiten sind die Folgen eines abnorm festen Zusammenhaltes der Hornzellen. So nenne ich, um der Entscheidung der Histologie nicht vorzugreifen, diejenige elementare, pathologische Beschaffenheit der verhornenden Oberhaut, welche präsumtiver Weise sämmtlichen primären und secundären Hyperkeratosen zu Grunde liegt und in mehr präjudicirlicher und weniger bestimmter Form von verschiedenen Forschern als „zu rasche Verhornung“, „zu starke Verhornung“, „grössere Neigung zur Verhornung“ charakterisirt worden ist. Dieselbe hat, wie ich ebenfalls schon in dem oben citirten Aufsatze (1879) nachgewiesen zu haben glaube, an und für sich auch nur die eine Folge, dass die Hornschicht der normalen Abschuppung länger als sonst widersteht. Die normale Abschuppung wird hauptsächlich dadurch erzeugt, dass die verhornten Zellen bei weiterem Nachschube

von unten her auf eine grössere Oberfläche vertheilt, dadurch in horizontaler Richtung gespannt und gelockert werden. So lange die verhornten und geschrumpften Stacheln diesem Auseinanderziehen der Zellen widerstehen können, so lange wird die Oberflächenspannung nur zu einer seitlichen Verschiebung der oberflächlichen, blättrigen Hornlagen gegen einander Anlass geben. In der obersten Hornzellenschicht erfolgen aber dabei stets feine Einrisse und Sprünge, welche die Abschuppung dieser Lage vorbereiten. Diesem mechanischen Gesetze kann die pathologische, stärker zusammenhaltende Hornsubstanz sich auch nicht entziehen. Nur können sich hier viele Hornzellenlagen übereinander thürmen, ehe es zu einer Abschuppung kommt, und wenn schliesslich die übertriebene Spannung der stark vergrösserten Oberfläche sich doch Luft macht, geschieht es nicht durch unmerkliche Einrisse der obersten Lage und Verschiebung der unteren gegen einander, sondern die Einrisse gehen gleich vertical durch die ganze Tiefe der aufgethürmten Hornschicht bis zu derjenigen Lage, welche der Oberflächenspannung noch widerstehen kann; die festere Hornschicht reisst eher, als dass sie Dehnungen und Verschiebungen erlaubt. Daher führt der festere Zusammenhalt der Hornschicht schon allein für sich zu der seit Alters her angestaunten, stachel-, kegel- oder säulenförmigen Hornbildung (nämlich durchaus nicht auf Grund bestimmter Papillengruppen), zu den grotesken Formen der Ichthyosis hystrix ebenso wie zu den multiplen, kegelförmigen Hornbildungen (ohne Ichthyose, Bätge) und zu den zerklüfteten, stalaktitenförmigen Hornsäulen unseres Keratoma plantare. Also sind diese letzteren durchaus nicht allein bedingt durch Faltungen oder Bewegungen der Cutis; sie finden sich sogar am schönsten ausgeprägt an der falten- und bewegungslosen, convexen Hornkappe der Ferse und an den Sohlenballen. Nur dort werden die Hornpfeiler wieder zu einer Hornmasse verschmelzen, wo häufige Berührung mit Alkalien, Seifen oder auch nur mit heissem Wasser stattfindet, weil diese Agentien die Hornschicht sämmtlich zur Ausdehnung bringen und daher die Folgen der Oberflächenspannung wieder aufzuheben vermögen. Daher sind die Hornpfeiler und die Brüche der Hornsubstanz überhaupt an den Füssen, welche seltener gewaschen werden, meist weit schöner ausgebildet, als an den Händen, obgleich diese doch weit mehr bewegt werden. Mithin

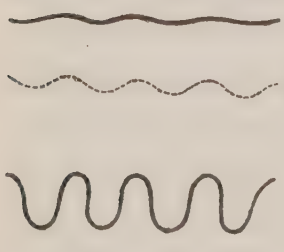
sind die auffallendsten, makroskopischen Erscheinungen der Hyperkeratosen wohl verständliche Folgen der einzigen Eigenschaft der Oberhautzellen, mittelst ihrer Stacheln fester als normal vereinigt zu sein. Andererseits führt, wie ich im vorigen Absatz besprochen habe, diese Eigenschaft, zusammen mit einer Wucherung der Stachelschicht, weiterhin zu der Zerklüftung der Cutis durch einwuchernde Epithelzapfen.

Wenn die soeben abgeleiteten Formveränderungen rein für sich nur zur Erscheinung kämen, so läge die Sache dieser Geschwulstarten ja sehr einfach; die weicheren, nach aussen überquellenden Akanthome wären durch einfache Epithelwucherung, die harten, theils sich aufthürmenden, theils sich in die Cutis eingrabenden Keratome durch die elementare, festere Vereinigung der Hornzellen bedingt.

Aber nach meinen Erfahrungen über die Entwicklung aller dieser Geschwülste kommen stets beide Factoren, wenn auch in verschiedener Stärke zur Geltung, so dass bei einer allgemeinen Uebersicht immer nur eine Reihe, aber nie eine einigermassen begründete Zweitheilung herauskommt. Ohne der Natur Zwang anzuthun, kann man einen derartigen Gegensatz, dass bei der einen Geschwulstart die Hyperkeratose primär und charakteristisch (Keratome), bei der anderen secundär und zufällig (Akanthome) vorkäme, nicht durchführen. Es handelt sich dabei immer nur um ein Mehr oder Minder von beiden Grundfactoren.

Um dieses näher zu erweisen und dabei die möglichen Fälle in kürzester Form zu erschöpfen, will ich mich wie schon öfter mit Vortheil, einiger Schemata bedienen.

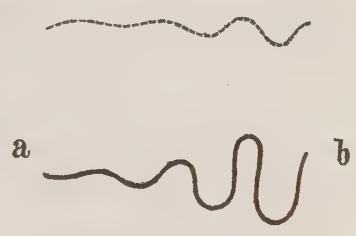
I. St, H.




Schema I repräsentirt die normale Oberhaut. Die gekörnte Linie *k* zeigt die Höhe der Körnerschicht an und trennt die Oberhaut in die obere, flachwellige Hornschicht und die untere, stärkerwellige Stachelschicht. Ich will in den nun folgenden Schematen mit St die normale Stachelschicht, mit *St* eine pathologische Wucherung derselben geringen Grades, mit **St** eine ebensolche stärkeren Grades, bezeichnen. In entsprechender Weise bedeuten H, *H*, **H** die normale Hornschicht und verschiedene Grade von abnormer Festigkeit derselben.

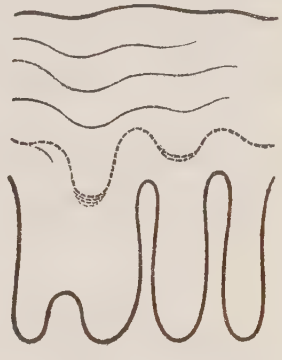
II bedeutet eine einfache Epithelwucherung ohne Veränderung der Hornschicht. An der Seite *b* der Figur sind schwache Vorschübe gegen die Cutis sichtbar, an der Seite *a* wurde ein stärkerer Widerstand der Cutis oder ihrer Unterlage angenommen, weshalb hier keine Vortreibung, sondern eine Erniedrigung und Ausgleichung des Papillarkörpers statthat. Ein Jeder sieht sofort, dass dieses Schema auf den Beginn der harten Warzen und spitzen Condylome, ja auf manche ausgebildete Exemplare dieser Gattungen passt.

II. *St*, H.




Das Schema II*a* ist aus dem Schema II abgeleitet, indem nachträglich zu der Wucherung der Stachelschicht die Hyperkeratose (so wollen wir die abnorme Festigkeit der Hornschicht der Kürze halber nennen) hinzutrat. Dieses Schema kann für die meisten harten Warzen, welche etwas längere Zeit bestanden haben, für eine grosse Anzahl länger dauernder spitzer Condylome, sowie für das zweite Stadium des von mir beschriebenen Fibrokeratoms und für das Keratoma palmare et plantare nach Thost's Beschreibung gelten.

II*a*. *St*, H; dann *St. H.*



Das Schema II*b* ist wieder aus dem Schema II*a* entstanden, indem die Hyperkeratose andauerte und sich verstärkte, während die Epithelwucherung immer mehr abnahm. Durch dieses Ueberdauern der Hyperkeratose über die Epithelwucherung kommt ein eigenthümliches Phänomen[1]) zu Stande, dessen wir bei jeder Beurtheilung pathologischer Hornbildung eingedenk sein müssen. Indem der Nachschub jungen Epithels von der basalen Stachelschicht aufhört, die Verhornung aber andauert, muss natürlich die Grenze der Uebergangsschichten und der Hornschicht selbst immer näher an die basale Stachelschicht heranrücken, wie es im Schema II*b* durch das Herabgehen

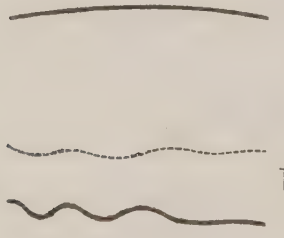
II*b*. *St*, H; dann *St, H;* zuletzt St, **H.**

[1]) Von mir bereits in der oben citirten Abhandlung, pag. 274, erörtert.

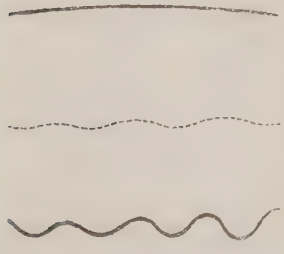
der Körnerlinie ausgedrückt ist. Während beim normalen Epithel die Hornschicht nur sehr schwach (s. Schema I), häufig gar nicht die Wellenlinie des Papillarkörpers nachahmt, müssen durch dieses Herabrücken der Verhornungsgrenze natürlich die Hornlagen dem Papillarkörper immer mehr parallel werden. Zugleich mit diesem Anschmiegen der Hornschichten an die Form des Papillarkörpers verschwindet die superpapilläre Stachelschicht ganz und es bleibt nur noch eine dürftige interpapilläre Stachelschicht als Bekleidung des Papillarkörpers zurück. Ich will diese Form secundärer Hyperkeratose neben Atrophie des Keimepithels: das atrophische Herabsteigen der Hornschicht nennen. Dem Schema II*b* entspricht das Endstadium vieler harter Warzen und des Fibrokeratoms, der senilen Veränderung vieler sogenannter Muttermäler (Naevi), mancher älterer einfacher Hauthörner (Keratome) und ichthyotischer Säulen.

Das Schema II*c* ist direct aus dem Schema II abgeleitet, indem die primäre Epithelwucherung einem Stillstande (Seite *a* des Schemas) oder einer Atrophie (Seite *b*) Platz machte und dagegen eine bedeutende Hyperkeratose Platz griff. Natürlich konnte unter diesen Umständen von einem Einwuchern des Epithels in die Cutis keine Rede sein und entsprechend dem schon vorher niedrigen und nun noch mehr ausgeglichenen Papillarkörper wird die stark verdickte Hornschichicht eine ganz planparallele Lage einnehmen. Man sieht auf den ersten Blick, dass dieses Schema den Callus und den Beginn des Clavus charakterisirt. Es entstehen auf diese Weise aber auch Hauthörner, z. B. bei alten Leuten aus sogenannten Verrucae seniles.

II*c*. *St*, H, dann St, H.




III. St, *H.*



Ein Schema, welches umgekehrt wie das Grundschema II eine nicht wuchernde, jedoch von Hyperkeratose ergriffene Stachelschicht zeigt, haben wir in III vor uns.

Dieser Zustand von Keratose passt, soviel ich sehe, nur auf die natürlichen und künstlichen (Theer-, Chrysarobin-, Pyrogallus-, Brom-, Jod-) Acneformen (Acne simplex), auf viele Narben

und vielleicht auf die Beschaffenheit der Oberhaut bei der Prurigo, dem Lichen pilaris und der von Auspitz sogenannten Ichthyosis follicularis; doch stehen mir über die letztgenannten Affectionen keine eigenen histologischen Beobachtungen zu Gebote. Der stärkere Zusammenhalt der Hornschicht bewirkt einerseits eine mässige Verdickung der letzteren, theils bei fehlender Epithelwucherung eine Abflachung, Ausgleichung des Papillarkörpers. Es ist für diese sämmtlichen Affectionen gleichmässig charakteristisch, dass sie für die Follikel der Haut Excretionshindernisse bieten und daher folliculäre Retentionserscheinungen bewirken (Comedonen, Folliculitiden, Papeln, Pusteln). Dagegen führen sie an und für sich (d. h. uncomplicirt) niemals zu Retentionserscheinungen und Entzündungen an den Knäueldrüsen.

Viel seltener tritt (wie in Schema III*a*) eine Epithelwucherung zur Hyperkeratose als die letztere zur bereits bestehenden Epithelwucherung. Wir haben hier hauptsächlich nur die hypertrophischen Formen der Acne, welche zugleich gewöhnlich mit Rosacea complicirt sind und atypische Epithelwucherungen im Bereiche von Narben zu notiren.

III*a*, St, *H*; dann *St*, *H*.

Diese schematischen Formen umfassen wohl Alles, was man zu den Keratomen und Akanthomen rechnen kann. Sie enthalten aber zunächst noch mehr, nämlich nicht nur alle accidentellen Hornbildungen (z. B. bei Psoriasis plantaris), sondern auch alle Acneformen u. s. w. Und andererseits enthalten sie nicht die Ichthyosis, den Lichen ruber etc., welche Affectionen wohl Mancher hier erwartet haben dürfte. Sowohl jenes Mehr wie dieses Weniger sind folgerichtige Ergebnisse aus unserem Grundsatze, dass aus den zwei Factoren der Epithelwucherung und der Hyperkeratose allein die betreffenden Affectionen abzuleiten seien. Wenn sich die daraus nun ergebenden Trennungen und Zusammenstellungen klinisch, anatomisch und ätiologisch als gut, ja als besser erweisen als die bisherigen Eintheilungen, wenn die Pathologie der betreffenden Affectionen dadurch geklärt wird, so ist nicht nur dadurch jener unser Grundsatz zu einem Leitstern und Prüfstein in der Pathologie der Epidermis erhoben, sondern auch unsere schematische und systematische Arbeit nach-

träglich gerechtfertigt und nicht vergebens gewesen. Dieses wollen wir nun im Folgenden zu erweisen versuchen.

Aus den Formen des Schemas II, II*a—c* geht zunächst hervor, dass eine radicale Trennung der Akanthome und Keratome der Wirklichkeit nicht ganz entspricht. Das Condyloma acuminatum könnte noch am ehesten als ein Typus der reinen, warzigen Akanthomart gelten. In den meisten Fällen weicht der Bau wenig vom Schema II ab, wo nämlich klinisch die äussere Form einer Himbeere ähnelt oder ein flaches, grobgranulirtes Polster darstellt und die Farbe roth oder roth und weisslich gesprenkelt ist. In anderen Fällen des spitzen Condyloms, wo diese sich milchweiss, tief eingeschnitten repräsentiren mit pfriemförmig verlängerten Spitzen besetzt, concurrirt schon neben der Bildung echter Körnerschicht (daher die weisse Farbe) ein höherer Grad von Verhornungsfestigkeit und die Form II geht über in die Form II*a*, ja in die II*b*.

Noch viel weniger berechtigt ist die Stellung der gewöhnlichen, harten Warzen bei den Akanthomen. Allerdings repräsentirt das Anfangsstadium fast aller Warzen den Typus eines Akanthoms, aber in den meisten Fällen verwandeln sich die Warzen alsbald in Gebilde, die immer mehr dem Typus der Hauthörner (II*b*) sich nähern. Nur wenige halten während ihres ganzen Bestandes die Akanthomform inne, so die Verrucae aggregatae ganz junger Personen, gewisse flache, auch herdförmig auftretende, chronische Warzen an den Handrücken Erwachsener u. s. f. Gerade das Studium recht vieler, nach Standort, Geschlecht, Alter verschiedener Warzen lehrt, dass bei dieser klinisch so einfachen Geschwulstart bereits sämmtliche Schemata der Reihe II repräsentirt sind, wie ich sie oben aus dem verschiedenartigen Zusammenwirken von St und H hergeleitet habe, von der einfachen Epithelwucherung bis zum Hauthorn auf der einen und bis zur Schwiele auf der anderen Seite.

Die verschiedenen Formen der Hauthörner sollten doch classische Beispiele abgeben für die vorwaltende Wirksamkeit der Hyperkeratose und trotzdem haben wir gesehen, dass letztere ohne primäre Epithelwucherung gar nicht zur Hauthornbildung führt, ja dass dieser Factor auch beim Hauthorn so lange fortbesteht, bis die senile Involution der Stachelschicht eintritt. Hiernach

wäre es ebenso berechtigt, sämmtliche Hauthörner zu den Akanthomen zu zählen und sie als eine mit constanter Hyperkeratose behaftete Unterabtheilung der letzteren hinzustellen. Selbst diejenigen Hauthörner (II*c*), welche ganz papillenlos sind, verdanken ihre Entstehung ursprünglich einer Epithelwucherung.

Den vermittelnden Uebergang zwischen Warzen und Hauthörnern machen die sogenannten Muttermäler. Diesen Geschwülsten ist es wie so vielen Dingen gegangen, welche auf der Grenze zweier Schwesterwissenschaften stehen; ihr Studium ist gründlich vernachlässigt worden. Weder Chirurgen noch Dermatologen haben diese höchst interessante Geschwulstgruppe (ich spreche jetzt nicht von den Gefüssmälern) bisher genügend gewürdigt und von allem wissenschaftlichen Aberglauben zu reinigen gesucht. Dieselbe zeigt nun recht deutlich, dass man mit der absoluten Trennung der Akanthome und Keratome nicht auskommt. Exstirpirt man ein solches Gewächs beim Kinde, so kann man unschlüssig sein, ob man es mit einem weichen Fibrom oder einer gewöhnlichen Warze zu thun hat, extirpirt man es einem Erwachsenen, ob eine Warze oder ein flaches Hauthorn vorliegt, und trägt man eine in früheren Jahren nach der Anamnese ganz weich und lappig gewesene Geschwulst beim Greise ab, so findet man eine Form, die sicher nur zu den Hauthörnern zu rechnen und überhaupt noch nicht beschrieben ist. Ich habe solche mehrmals zu untersuchen Gelegenheit gehabt, und war jedesmal frappirt durch den Umstand, dass die sehr harten „Naevi“ der Cutis gleichsam aufsassen, ohne in sie eingelassen zu sein und sich beim Abheben nur durch sehr dünne, fadenförmige Papillen mit ihr verbunden zeigten. Mikroskopisch bestanden sie fast nur aus starkwellig geknickten, unter sich parallelen Hornschalen. Das Bindegewebe war auf jene äusserst dünnen Papillen, die Stachelschicht auf einen einzelligen Belag derselben reducirt. Diese Form senilen Muttermales entspricht dem Schema II*b* der Hauptsache nach, mit dem Unterschiede, dass durch den langen Bestand und die allgemeine senile Involution der Papillarkörper auf ein Minimum geschwunden, die Hornschicht ad maximum verdickt ist.

Das „verhornende Fibroakanthom“ [1]), so will ich die warzige Form des Muttermales anatomisch nennen, entspricht also

[1]) Oder: „verhornendes Fibroepitheliom“.

in der Jugend einem Fibrom, dann einem Fibroakanthom, einem gewöhnlichen Akanthom und schliesslich einem Keratom, für welches das Schema II*b* noch nicht extrem genug ist. Diesem histologischen Verhalten entspricht das klinische; bisher scheint es noch nicht aufgefallen zu sein, dass die sogenannten Muttermäler mit dem Alter des Individuums ihren Charakter verändern und immer härter werden. Gerade an dem Studium der Muttermäler, an welches ich im Jahre 1879 herantrat, wurde mir zuerst die Unmöglichkeit klar, verhornte und nicht verhornte Epidermidalgeschwülste zu trennen. Was ich im Beginne der Untersuchung und im Besitze zu geringen Materials für Typen ganz verschiedener „Naevi" gehalten hatte, stellte sich allmählich als die regulären Stadien einer und derselben Geschwulstart heraus, deren Tendenz eben in der langsamen Wandlung vom Fibrom zum Keratom besteht. Der erste wissenschaftliche Name dieses bekanntlich nie angeborenen „Naevus" (lucus a non lucendo!) ist von mir mit Absicht so gewählt, dass das proteusartige Wesen desselben deutlich daraus hervorgeht. Weiterhin sah ich dann ein, dass bei den gewöhnlichen Warzen ganz analoge Umwandlungen die Regel waren und gelangte schliesslich dazu, diese Metamorphosen als ganz natürlichen Erfolg der in Obigem aufgestellten, sich gegenseitig beeinträchtigenden, elementaren Vorgänge: Epithelwucherung und Hyperkeratose zu begreifen.

Eine Trennung, wie Auspitz sie vorschlägt, wäre nur gerechtfertigt, wenn entweder diese Geschwülste nur einem von beiden Factoren allein ihr Dasein verdankten — das ist bei keiner einzigen der Fall — oder wenn immer einer von beiden Factoren den Anstoss gäbe und der andere nur secundär hinzuträte — das ist aber nur mit der Epithelwucherung der Fall, welche bei sämmtlichen Geschwülsten, auch den härtesten Hauthörnern, den Anfang macht und den künftigen Bau (mit oder ohne Papillen) bestimmt. Folglich haben wir, anatomisch gesprochen, in allen Geschwülsten nur Epithelwucherungen (Akanthome) vor uns, welche sämmtlich, freilich in sehr verschiedenem Grade verhornen.

Die Hyperkeratose allein führt, wie das aus Schema III*a* klar hervorgeht, gar nicht zu Horngeschwülsten der Haut, sondern zu ganz anderen Affectionen, und nur eine nachträglich hinzutretende Epithelwucherung kann im Vereine mit ihr secundär

geschwulstartige Bildungen (Acne rosacea, Narbenepitheliom) hervorbringen.

Eine Bemerkung erfordert noch das Verhältniss der Akanthomclasse zu den Fibromen. In meiner Arbeit über das Fibrokeratom, als mir über jene Classe noch weniger eigene Erfahrungen vorlagen, bemühte ich mich bei der damals zuerst versuchten anatomischen Classification, die Bezeichnungen so zu wählen, dass sie für jede fortschreitende Erkenntniss ausdrucksfähig blieben. Da nun die betreffenden Gewächse an der Grenze der zwei Keimblätter vorkamen, so war es nothwendig, anatomische Mischbegriffe aufzustellen (Fibroepidermidom etc.). Freilich war ich damals schon von der weit grösseren Wahrscheinlichkeit der Auspitz'schen Theorie durchdrungen, welche als formgebendes Element allein das Epithel betrachtet, aber ich war es doch nur aprioristischer Weise, andererseits hatte ich ja gerade in dem Fibrokeratom eine Geschwulstart aufgefunden, welcher nachweislich ein Fibrom zu Grunde lag. Es mussten aber für mich erst die Studien über die Entwicklung der Muttermäler und der einfachen Warzen hinzukommen, ehe ich in allen diesen Bildungen gleichmässig die zwei Factoren (Epithelwucherung und Hyperkeratose) wirkend erkannte und weiter die völlige Inactivität (nicht: Bedeutungslosigkeit) des fibromatösen Mutterbodens für die schliessliche Formgestaltung einsah. Allein im Epithel, so sage ich mit Auspitz, liegen die Bedingungen zur Bildung der Akanthome; aber ich setze hinzu: nicht allein in der Epithelwucherung, sondern in ihr und der Hyperkeratose zusammen. Wenn ich also jetzt doch noch die Begriffe: Fibrokeratom und Fibroakanthoma cornificans aufrecht erhalten möchte, so hat das Element Fibro- darin eine ganz andere Bedeutung als etwa das Element Myxo- in Myxosarkom. Es erinnert den Hörer daran, dass ursprünglich ein Fibrom wirklich vorgelegen hat, und dass durch eine merkwürdige und bisher nicht genug gewürdigte Substitution daraus ein Akanthom, ein Keratom geworden ist; es hat nicht eine substantive, sondern eine rein genetische Bedeutung. Ich glaube, dass wir nicht nöthig haben, eine besondere Gattung von Mischgeschwülsten beider Keimblätter aus der einen grossen Classe der Akanthome auszuscheiden; ebensowenig, wie wir die cornificirenden Akanthome (Hauthörner etc.)

abzutrennen brauchen. Aber ich glaube, dass es ebenso richtig, wie praktisch sein wird, für diejenigen Akanthome, welche sich nur (als Substitute) auf Fibromen bilden, die Namen Fibroakanthome und Fibrokeratome beizubehalten.

Ich halte es nun für eine Erscheinung von fundamentaler Wichtigkeit, dass unsere Schemata weder das reine Bild der Ichthyosis, noch das des Lichen, der Psoriasis und der übrigen Parakeratosen geliefert haben. Dazu fehlt eben an dem Gesammtbilde dieser Krankheiten zu viel. Die bisher besprochenen Geschwülste sind noch leidlich gut mit der blossen Anatomie erledigt, nicht so die eben genannten Parakeratosen. Vor Allem lässt sich aus unseren beiden Factoren nicht herleiten: das klinische Bild der Abschuppung, des spontanen Stäubens dieser Affectionen. Die Hyperkeratose kann natürlich nicht dazu führen, sie führt zu festerem Zusammenhalt der Hornzellen. Die Oberflächenspannung allein kann es ebenfalls nicht; sie führt, wie wir oben gesehen haben, nur zu Einrissen. Es muss also noch ein neuer, hornzerstäubender Einfluss hinzukommen, den wir noch nicht kennen. Hoffentlich wird die Histologie diesen bisher per exclusionem erschlossenen Einfluss bald in positiven Dingen finden, und wenn wir uns nicht sehr täuschen, wird sie ihn dort finden, wo er bei den Mykosen bereits gefunden ist: in parasitären Elementen. Am schwächsten ist dieses Stäuben bei der Ichthyosis, am meisten bei der Pityriasis rubra ausgebildet; Lichen, Psoriasis, Pityriasis simplex, Seborrhoea sicca stehen in der Mitte.

Sodann haben diese Affectionen meistens einen vernichtenden Einfluss auf die Idrose der Haut, was auch nicht durch die Hyperkeratose allein zu erklären ist. Und weiter hat ja jede ihre klinischen Eigenthümlichkeiten, welche sie scharf von einander unterscheiden lassen und ebensowenig von unseren Grundfactoren abzuleiten sind, wie sie überhaupt bisher eine Erklärung fanden.

Andererseits ist aber auch nicht zu verkennen, dass alle diese Krankheiten in gewissem Sinne sich den besprochenen Geschwülsten anreihen, nämlich insofern auch bei ihnen die beiden Factoren morphologisch eine bedeutende Rolle spielen. Für Psoriasis und Lichen steht es fest, dass eine primäre Epithelwucherung vorhanden ist, der sich alsbald eine bedeutende Hyperkeratose hinzu-

gesellt. Diese würden daher der Reihe II, II*a* sich anreihen. Die Ichthyosis auf der anderen Seite beginnt mit einer Hyperkeratose und nähert sich symptomatisch der Reihe III. Aber von diesem Symptom abgesehen, welche enorme Differenz zwischen Acne und Ichthyosis! Bei der Ichthyosis eine Hornschicht, welche nicht blos weiter in die Tiefe reicht, sondern auch in der Breitenausdehnung zu gross geworden ist; denn nur so ist es erklärlich, dass sie schon in den geringsten Graden die Stachelschicht und weiterhin den ganzen Papillarkörper einbuchtet, förmlich Falten wirft, was sonst nur noch an der dicken Hornschicht der Hände und Füsse durch feuchte Hitze hervorgebracht wird. Diesem mikroskopischen Bilde entspricht die mit blossen Augen wahrnehmbare Rauhigkeit. Bei der Acne dagegen eine festere Hornschicht, die über die Norm gedehnt, gespannt und dadurch abnorm geglättet ist, wie in Schema III. Nur diese kann einfache Folge der Hyperkeratose sein; bei der Ichthyosis muss noch ein fremdes Moment hinzukommen, welches die Breitenausdehnung der Hornschicht erklärt. In Bezug auf die Retentionserscheinungen an den Follikeln verhält sich die Ichthyosis wie die Acne. Die übrigen Affectionen, welche ich klinisch und anatomisch zu den Parakeratosen rechnen muss: Pityriasis simplex (Alopecia pityrodes). Seborrhoea sicca und Pityriasis rubra schliessen sich in Bezug auf die hier in den Vordergrund gestellten Symptome mehr der Reihe III als der Reihe II an; doch wird zukünftige Forschung bei ihnen auch wohl eine Concurrenz von Epithelwucherung entdecken, wohl sicher bei der Pityriasis rubra. Für die eventuelle Constatirung der Epithelwucherung ist es bei diesen stark abschuppenden Affectionen natürlich nicht genügend, nach Verdickung der Stachelschicht und Formveränderungen des Papillarkörpers zu forschen; hierüber werden nur sichere Beobachtungen von Kern- und Zelltheilungsbildern Aufschluss geben können. Denn die raschere Zellbildung (Epithelwucherung) könnte durch eine raschere Verhornung und ein rascheres Abschuppen so compensirt werden, dass die sonst der Hyperkeratose eigenthümlichen Umformungen des Papillarkörpers gar nicht zu Stande kämen. Und wir haben gesehen, dass im Gegensatze zu den verhornenden Akanthomen die hier genannten, symptomatisch nahestehenden Affectionen sich sämmtlich durch abnorm rasche Abschuppung auszeichnen. Nur die Ichthyosis, besonders in

ihren stärkeren Entwicklungsstufen, zeigt diese Abschuppung weniger und nähert sich dadurch (d. h. durch die Grösse der Hyperkeratose) den Keratomen auch noch in diesem Punkte.

Wir kommen jetzt, nach einer flüchtigen Wanderung durch das ganze Gebiet der Keratonosen, zu unserem Ausgangspunkte, d. h. der Frage zurück, ob denn die Ichthyosis wirklich, wie es nach Lebert von allen Autoren einfach angenommen ist, mit den solitären und multiplen Hauthörnern dem Wesen nach identisch, ob es ganz dieselbe Verhornungsanomalie in diffuser Ausbreitung ist, welche die Hauthörner in umschriebener darstellen.

Es wird dem Leser jetzt keinen Augenblick zweifelhaft sein, dass wir diese Frage mit Nein beantworten müssen: Ichthyosis und Hauthorn sind dem Wesen nach verschiedene Processe. Indem ich die im Bisherigen schon besprochenen anatomischen Gründe mit sonstigen klinischen und ätiologischen Thatsachen übersichtlich zusammenfasse, werde ich diese These allseitig zu stützen suchen.

1. Alle Hauthörner beginnen mit einer umschriebenen Epithelwucherung auf einer abgegrenzten, fibromatösen Basis oder ohne solche; bei der Ichthyosis tritt primär eine Hyperkeratose auf.

2. Die Hauthörner unterliegen den Gesetzen der allgemeinen Oberflächenspannung durch die bekannten Zerklüftungen, die Ichthyosis nur in ihren höchsten Formen, während in den schwächeren dieselbe durch eine eigenartige Flächenausdehnung der Hornschicht übercompensirt wird.

3. Topographisch lässt die Ichthyosis selbst bei hochgradiger Ausprägung die Beugen frei. Achselhöhle, Knie- und Ellbogenbeuge und Gesicht sind fast immer frei von Ichthyosis; ganz constant aber Handteller und Fusssohlen. Diese Eigenthümlichkeit hängt mit der Vorliebe der Ichthyosis für nicht leicht schwitzende Stellen zusammen. Auf der anderen Seite sind uns viele Fälle in der Literatur verzeichnet, welche beweisen, dass Hauthörner an Beugeseiten und anderen stark schwitzenden Stellen sich bilden, wie am Gesichte und Halse, ich selbst habe ein grosses Hauthorn der Nabelgegend beobachtet. Ganz typisch tritt nun aber das uns speciell beschäftigende Keratoma palmare et plantare genau auf Handteller und Fusssohle beschränkt auf, einer Region, welche

selbst bei der Familie Lambert frei von Ichthyosis gewesen sein soll. Dieser Unterschied war auffallend genug, um auch früheren Beobachtern nicht zu entgehen und hat es wohl bewirkt, dass hier und da andeutungsweise der sogenannten „Ichthyosis palmaris" überhaupt gedacht wird.

4. Die von Ichthyosis befallenen Stellen sind stets trocken und nur schwer zum Schwitzen zu bringen; an dem flächenhaft ausgebreiteten Keratoma palmare et plantare ist die Idrose stets reichlich, oft überreichlich vorhanden.

5. Die Ichthyosis führt zu einer Verstopfung und schliesslichen Verödung der Follikel; hievon ist bei den Hauthörnern nichts bekannt, dagegen wissen wir, dass sich die Hyperkeratose zuweilen auf die eingestreuten Follikel fortsetzt; sie verhornen ohne Retentionserscheinungen.

6. Jede Ichthyosis verliert sich verschwommen und allmählich ins Gesunde, jedes noch so multipel auftretende Hauthorn grenzt sich scharf gegen die gesunde Nachbarschaft ab.

7. Die Hornschicht der Ichthyosis ist fester als die gesunde, schuppt sich aber, wenigstens in den niederen und mittleren Graden stärker ab; die Hornschicht der Hauthörner ist im Allgemeinen noch fester und schuppt sich weit langsamer ab als die normale.

8. Die Ichthyosis zeigt eine ausgeprägte Vorliebe für das männliche Geschlecht, wovon schon nach den oben angegebenen Tabellen und allen sonstigen Nachrichten über Hauthörner bei diesem nicht die Rede ist. In der ichthyotischen Familie Lambert wurden nur die männlichen Mitglieder befallen.

9. Das Hauthorn tritt entweder als erworbenes oder als regulär erbliches auf und in letzterem Falle bereits in den ersten Lebenswochen und zwar an genau identischen Körperstellen. Die Ichthyosis tritt auch theils sporadisch und theils mit hereditärer Neigung auf, im letzteren Falle aber frühestens im 2. Lebensjahre, oft erst viel später und auch in Bezug auf die Localisation durchaus nicht als genaue Wiederholung des elterlichen Leidens. Bei der Ichthyosis kann man daher von einer Heredität nur in dem Sinne sprechen, dass eine Disposition der ganzen Haut zu dem Uebel vererbt wird, wie man es auch von der Psoriasis behaupten kann. Das Hauthorn zeigt sich, wenn es überhaupt erblich

auftritt (Keratoma palmare), bei den Nachkommen wieder mit photographischer Treue ausgebildet.

10. Ichthyosis ist nach mehrfachen Berichten durch das Ueberstehen acuter Exantheme spontan und dauernd geheilt, so nach Morbilli und Variola. Weder auf die solitären noch multiplen Hauthörner haben die fieberhaften Exantheme je einen Einfluss geübt. Speciell waren in den beiden Familien, die ich beobachtete, alle Kinderkrankheiten ohne Einfluss auf das Keratom geblieben und auch Thost berichtet Aehnliches.

Man wird vielleicht erwarten, dass ich, gestützt auf die bekannte Heilbarkeit des solitären Hauthorns und die von mir bewiesene des erblichen, flächenhaften Keratoms als letzte Differenz die „Unheilbarkeit" der Ichthyosis hervorheben werde. Dagegen habe ich zu bemerken, dass ich von der Unheilbarkeit der Ichthyosis ebenfalls nicht überzeugt bin. F. v. Hebra sprach noch sehr zurückhaltend über die Heilungsmöglichkeit und bedauerte, dass bis dahin keine Radicalmittel gegen die Ichthyosis gefunden seien. In den neueren Wiener Compendien (Neumann, Kaposi, Behrend) gilt die Unheilbarkeit schon für eine erwiesene Thatsache — sehr mit Unrecht und doch sehr begreiflich, wenn man sieht, was denn zur selben Zeit gegen die Ichthyosis empfohlen wird. Einreibung mit Seife und anderen Hornschicht erweichenden Mitteln bis zur Abstossung derselben und darauf Einfettung mit möglichst indifferenten Mitteln und nebenher die für jeden praktischen Arzt entmuthigende Bemerkung, dass alle „Zusätze" von keiner grösseren, specifischen Wirkung seien. Was kann man denn von dieser grundsätzlich palliativen Behandlung erwarten? Muss die Verzichtleistung auf jede ernstliche, consequent fortgesetzte, eingreifende und wenigstens „causal gedachte" Therapie bei einer so einfachen Affection nicht die ärztliche Welt in der Ueberzeugung bestärken, dass es mit unserem Können überhaupt nicht weit her sei? Wäre es nicht die Pflicht jedes selbstständigen, dermatologischen Forschers, unbeirrt durch die Resultate seiner Vorgänger, von Neuem alle Kraft anzustrengen, um das Seinige zur Erweiterung der Therapie beizutragen, anstatt einfach in verba magistri zu schwören, und gibt es eine bessere Gelegenheit, therapeutische Studien zu machen, als an dieser harmlosen und doch für den Betreffenden oft sehr unbehaglichen Affection? Der Nihilismus

in der Therapie war vielleicht in einer Zeit sehr berechtigt, als das Feld der Pathologie selbst noch von Unkraut überwuchert wurde; heutzutage sollte derselbe doch keine Bewunderer mehr finden [1]).

Wie sehr dieser Nihilismus leider auch jüngeren Generationen in Fleisch und Blut übergegangen ist, davon zeigt u. A. die Bemerkung von Thost bei Erörterung der Therapie des Keratoma palmare: „Von einer Heilung des Zustandes konnte nach dem „anatomischen Befunde (sic!) ja keine Rede sein". Also der anatomische Befund einer homöoplastischen Geschwulst beweist, dass die Therapie ohnmächtig ist! Ich dächte doch, die Therapie dürfe hier harmloserer und einfacherer Natur sein, als die gegen heteroplastische Geschwülste, von denen doch ein Jeder weiss, dass sie selbst in der Zeit des ärgsten medicamentösen Nihilismus fort und fort das Object ausgedehnter Heilungsversuche waren. Die Sache liegt vielmehr so: Bösartige Affectionen erfordern das ärztliche Handeln viel zu gebieterisch, als dass je Speculationen über den Grad des Erfolges von immer weiteren Heilversuchen abschrecken könnten; zugleich ist die Therapie gerade hier ad morbum und ad hominem so complicirt, dass ihre wissenschaftliche Beurtheilung ungemein erschwert ist. Gutartige und zugleich nicht leicht zu beseitigende Affectionen sind bequemer Hand abzufertigen, weil das Publikum die Heilung nicht gebieterisch verlangt; man sollte sich selbst aber doch lieber seine Unwissenheit eingestehen, als ihr ein Mäntelchen von Allwissenheit umzuhängen suchen; denn gerade bei diesen Affectionen handelt es sich um einfachere therapeutische Effecte, die nur ad morbum zu beurtheilen sind und die, wenn auch nicht der Praxis, so doch gerade der Wissenschaft deshalb um so grösseren Nutzen zu bringen versprechen.

Ich glaube, die zehn hervorgehobenen Differenzen werden genügen, um die Fachgenossen zu überzeugen, dass es sich beim Hauthorn und bei der Ichthyosis um zwei wesentlich verschiedene Krankheiten handelt. Die Ichthyosis nähert sich in vielen Beziehungen der Psoriasis viel mehr als den Keratomen. Mit ersterer theilt sie beispielsweise die Bevorzugung der Streckseiten, die

---

[1]) Ueber meine Heilungsversuche der Ichthyosis habe ich vor Kurzem berichtet, s. Mon. f. pr. Dermat. 1883, Heft Juli.

Anidrosis, die Vererbung der Disposition und die Hyperkeratose; ja bei lange bestehender Psoriasis bilden sich zuweilen, besonders an den Fusssohlen, Hornbildungen, welche der Ichthyosis schwersten Grades nichts nachgeben. Nehmen wir aber die Ichthyosis aus der Auspitz'schen Gruppe der Hyperkeratosen herüber zu den Parakeratosen, in der sicheren Erwartung, dass die Aehnlichkeit des klinischen Verhaltens mit diesen Affectionen sich in Zukunft durch anatomische und ätiologische Forschung noch mehr befestigen wird, so haben wir gewiss noch mehr Recht, die Hauthörner, Schwielen etc. zu den Akanthomen zu stellen, da hier notorisch die Epithelwucherung das Primäre ist. Wir gewinnen dadurch nicht blos eine Vereinfachung, sondern eine bessere, wissenschaftliche Begründung. Denn in der That sind die folgenden Affectionen:

Akanthome
1. Condyloma acuminatum;
2. Verruca;
3. Fibroakanthoma[1]) cornificans (Naevus sic dictus);
4. Cornu cutaneum;
   Var. Keratoma palmare et plantare hereditarium;
5. Tyloma;
6. Clavus;

untrennbare Glieder einer Kette. Bei allen beginnt die Affection mit einer umschriebenen Epithelwucherung und in jedem folgenden Gliede tritt die Hyperkeratosis (abnorm starke Verhornungsfestigkeit) mit ausgiebigerem Erfolge hinzu.

Es verbleiben dadurch in der Gruppe der Hyperkeratosen nur noch der Lichen follicularis und die Ichthyosis follicularis, welch letztere Bezeichnung wir principiell streichen müssen, da die Affection entweder eine umschriebene Form der Ichthyosis ist und zu den Parakeratosen gehört oder mit dem Lichen follicularis zusammenfällt. Dafür setze ich aber die ganze wichtige Acnegruppe hierher, da sie nach meiner Ueberzeugung stets auf primäre Hyperkeratosen sich zurückführen lässt. Während die Ursachen der Akanthome bisher noch sehr dunkel sind, ist die Aetiologie der so umgeschaffenen Hyperkeratosengruppe eine in Zuständen der Circulation und Nutrition des mittleren Keimblattes

[1]) Oder Fibroepithelioma.

sichtlich begründete. Es liegen hier stets chronische Circulationsstörungen vor: allgemeine und partielle Anämie, Stauungen, Vernarbung, senile Atrophie, Arteriitis obliterans. Ausserdem haben sie das Gemeinsame, dass sie in diffuser Weise, gewisse Regionen bevorzugend, die Haut continuirlich befallen, aber an den Follikeln zu umschriebenen Retentionserscheinungen Veranlassung geben.

Ich glaube überhaupt, dass die Hyperkeratosis stets Begleiterscheinung anderer, wichtiger Veränderungen ist. Bei den primären, eigentlichen Hyperkeratosen (Acne, Lichen follicularis, gewisse Narben) concurriren sichtbare circulatorische Störungen, zumeist Herabsetzungen der Blutzufuhr. Bei den Akanthomen wird die Hyperkeratosis erst herbeigeführt durch die Epithelwucherung, sehr wahrscheinlich, indem diese allmählich einen Ueberschuss des Ernährten über das Ernährende, kurz auch einen nutritiven Mangel bewirkt. Bei den Parakeratosen endlich sind wir zu dem nothwendigen Schlusse gelangt, dass hier noch unbekannte, anderweitige Störungen der Epidermis vorhanden sein müssen. Sollten diese, wie es wahrscheinlich ist, parasitärer Natur sein, so würden sie sich mit der von Klein, mir und Pincus gefundenen Hyperkeratose an Stelle der Invasion des Pockenvirus und ähnlicher Gifte vergleichen lassen. Auch hier würde dann die Hyperkeratose einen nutritiven Mangel anzeigen, hervorgerufen durch die Concurrenz sich einnistender Parasiten.

So komme ich schliesslich zu folgender Eintheilung der Reihe der Keratonosen (nach Aussonderung der cornificirenden Akanthome):

## I. Familie: Hyperkeratosen.

Definition: Primäre Hyperkeratosen, abhängig von chronischen Circulationsstörungen, diffus auftretend, aber an den Follikeln umschriebene Retentionsstörungen veranlassend.

Acne (spontanea, artificialis).
Lichen follicularis.
(Gewisse Narben.)

Hinzutretende Epithelwucherung erzeugt:

Acne hypertrophica.
Narbenepitheliome.

## II. Familie: Parakeratosen.

(Sämmtlich auch Keratolysen.)

Definition: Oberhautaffectionen, welche diffus oder herdweise auftreten, sämmtlich mit Hyperkeratose, mehr oder minder auch mit Epithelwucherung, ausserdem aber mit einer abnormen Zerstäubung der Hornschicht und einer Abschwächung der Idrose verbunden sind.

Ichthyosis.
Pityriasis simplex.
(Alopecia pityrodes.)
Seborrhoea sicca (sic dicta).
Pityriasis rubra.
Psoriasis.
Lichen ruber.

So hat sich bei näherer Betrachtung die auf die gröberen, makroskopischen Differenzen gebaute Eintheilung von Auspitz in Hyperakanthosen und Hyperkeratosen als nicht genügend begründet erwiesen. Die Eigenschaft der Oberhaut, welche wir als nächsten Grund einer jeden Hornbildung auffanden, stellte sich heraus als eine „zu grosse Verhornungsfestigkeit“ und diejenigen Affectionen, welche die letztere rein aufwiesen (Acne etc.), und die wir deshalb kurz und bündig als „Hyperkeratosen“ bezeichnen mussten, sind doch wieder weit entfernt davon, jenes groteske Bild der Hornstapelung zu liefern. Die Erklärung für dieses anscheinende Paradoxon ergab sich ferner durch die Erkenntniss, dass die übermässige Verhornungsfestigkeit nur dort, wo sie auf Grund voraufgehender Epithelwucherung auftritt, zur Hornbildung führt; da diese Epithelwucherungen, erblich und nicht-erblich, stets einen umschriebenen Charakter tragen, ergibt sich die geschwulstförmige Beschaffenheit der menschlichen Hornbildungen von selbst, weshalb wir sie mit den analogen, weniger verhornten Bildungen der Warzen etc. zu den Akanthomen (nicht Akanthosen) stellen. Die Hyperkeratosen und die anatomisch, klinisch und ätiologisch bedeutend abweichenden Parakeratosen dagegen treten sämmtlich in diffuser Form auf.

# Beobachtungen über Hirnsyphilis.

Von

**Prof. Dr. Fr. Chvostek**

k. k. Stabsarzte in Wien.

(Schluss.)

---

Um dieser Arbeit nicht eine allzugrosse Ausdehnung zu geben, sistire ich hier vorderhand die Publicirung weiterer Beobachtungen und stelle die bis jetzt publicirten 21 Fälle einfach zusammen.

Von diesen 21 Fällen betrafen nur 2 Civil-, 19 Militärpersonen. Auf dieses Verhalten kann ich kein grösseres Gewicht legen, da ich mein Spitals-Krankenmateriale zum grössten Theile aus dem Militär beziehe. Wenn wir jedoch die 19 dem Militärverbande angehörigen Individuen nach ihrer Charge zusammenstellen, so ergibt sich die interessante Thatsache, dass sich unter denselben 15 Officiere, 4 Unterofficiere und nur ein Soldat der niedersten Kategorie befand. Diese Thatsache lässt sich nur zum Theil daraus erklären, dass die Hirnsyphilis gewöhnlich erst mehr minder spät nach der Primäraffection auftritt und die dem Mannschaftsstande angehörigen Soldaten zum grossen Theile schon nach wenigen Jahren aus dem Militärverbande scheiden, während die Officiere gewöhnlich dauernd demselben angehören, zum Theile muss sie jedoch in anderen Momenten ihren Grund haben, so insbesonders darin, dass die Mehrzahl der Officiere sehr lange oder gar dauernd ledigen Standes ist und daher sich der Infection mit Syphilis aussetzt und die letztere auch acquirirt und nach erfolgter Infection die Anordnungen der Aerzte sehr häufig nicht genau oder gar nicht beobachtet.

Im Speciellen fanden sich unter den 18 Chargen 6 Hauptleute, 5 Oberlieutenants, 3 Lieutenants, 2 Wachtmeister und 2 Führer.

Von diesen 21 Individuen standen zur Zeit, als die Hirnsyphilis aufgetreten ist, im Alter von

| | | |
|---|---|---|
| 21—30 | Jahren | 6 |
| 31—40 | „ | 11 |
| 41—50 | „ | 4 |

Bei diesen 21 Individuen trat die Hirnsyphilis nach der Primäraffection auf:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| in etwa 8 | Monaten | = 1 | Mal | (12. Beob.) |
| „ „ 1 | Jahre | = 1 | „ | (11. Beob.) |
| „ „ $1^1/_2$ | Jahren | = 1 | „ | ( 4. Beob.) |
| „ „ 2 | „ | = 2 | „ | |
| „ „ 3 | „ | = 2 | „ | |
| „ „ 6—10 | „ | = 4 | „ | |
| „ „ 11—15 | „ | = 7 | „ | |
| „ „ 17 | „ | = 1 | „ | |
| „ „ 24 | „ | = 1 | „ | |
| „ „ 27 | „ | = 1 | „ | (17. Beob. heredit. Syphilis). |

Bei diesen 21 Individuen trat die Hirnsyphilis demnach 7mal 1—3 Jahre nach der Primäraffection, 11mal 6—15 Jahre und 3mal noch später auf. In dem Falle, in welchem es erst 27 Jahre nach der Primäraffection zur Hirnsyphilis kam, handelte es sich um eine hereditäre Syphilis.

Wenn auch demnach die Hirnsyphilis mehr minder spät nach der Primäraffection auftritt, so wird nach Leube[1]) damit noch nicht gesagt, dass jeder an Nervensyphilis Leidende vorher eine grosse Zahl der früheren syphilitischen Affectionen durchgemacht habe; Engelstedt fand unter 41 Fällen 20 Mal das syphilitische Nervenleiden als einziges Symptom vor, nur in der anderen Hälfte zeigten sich noch weitere syphilitische Eruptionen oder deren Reste.

Bevor ich meine Fälle in dieser Richtung zusammenstelle, muss ich hervorheben, dass ich die ganz kurze Zeit nach der Primäraffection allenfalls auftretenden Affectionen, nämlich die Roseola und die Angina syph. hier nicht weiter berücksichtigen werde.

Von meinen 21 Fällen kamen nur 5 zur Obduction und von diesen 5 Fällen hatten nur 2 vorher anderweitige syphilitische

[1]) v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. IX. B. 1. H.

Affectionen überstanden (1. und 15. Beob.), nämlich in der 1. Beobachtung fand sich bei der Obduction eine Narbe nach einem Ulcus duoden. syph. (?), Granularatrophie der Nieren und chronischen Myocarditis des linken Herzventrikels und in der 15. Beobachtung fand sich eine Knochennarbe am r. Stirnbein und partielle Verdickung des interstitiellen Bindegewebes des l. oberen Lungenlappens; ausserdem war im letzteren Falle 13 Mon. nach der Primäraffection ein papulöses Exanthem und 4 Monate später eine Halsaffection mit Drüsenschwellung am Halse vorhanden.

Von den 19 nicht zur Obduction gekommenen Fällen gingen in 7 der Hirnsyphilis keine anderweitigen sogenannten secundären oder tertiären Erscheinungen voraus, wohl aber in den 9 übrigen.

In der 8. Beobachtung trat 1 Jahr nach der Primäraffection, 12 Jahre vor dem Auftreten der Hirnsymptome Psoriasis palmaris auf. — In der 19. Beobachtung kam es nicht ganz 3 Jahre nach der Primäraffection, ganz kurze Zeit vor dem Auftreten der Hirnsymptome zur Entwicklung eines papul.-squamösen Exanthems. — In der 10. Beob. fanden sich zur Zeit der Aufnahme des Pat. mit Hirnlues sypilit. Geschwüre am Hodensacke und an der r. unteren Extremität u. zw. 2 Jahre nach der Primäraffection. — In der 4. Beob. gingen der $1^1/_2$ Jahre nach der Primäraffection entstandenen Hirnlues Tophi der Schienbeine, ein Exanthem im Gesichte und serpiginöse Geschwüre am r. Unterschenkel voraus. — In der 14. Beob. kam es 6 Monate nach der Primäraffection zur Geschwürsbildung im Rachen und erst $16^1/_2$ Jahre darnach zur Hirnsyphilis. — In der 11. Beob., in welcher es erst 9 Jahre nach dem Schanker zur Hirnlues kam, entstand 3 Jahre nach dem ersteren angeblich ohne jede Ursache ein linksseitiger vereiternder Bubo, die Haare fielen aus und 1 Jahr später entstand am rechten Unterschenkel ein Tophus. In der 5. Beob. kam es ein Jahr nach dem Schanker zur Rachenaffection, 4 Jahre später zu einem Exanthem am Fussrücken und an der Fusssohle, 2 Jahre nach dieser zu einer Nasenaffection, wobei es nach 3 Jahren zum Abgange nekrotischer Knochenstücke aus der Nase gekommen war und erst 2 Jahre darnach, also 12 Jahre nach dem Schanker zur Hirnlues. — In der 13. Beob. entstand 7 Jahre nach der Primäraffection ein thalergrosses Geschwür in der Lendengegend und je ein Gumma an der Nasenspitze und l. Wange, 6 Jahre später aber-

mals Hautgeschwüre und 1 Jahr darnach die Hirnlues. Schliesslich in der 17. Beob., in welcher wir es mit einer angeborenen Syphilis zu thun hatten, traten im 19. Jahre Hautgeschwüre, etwas später Tophi, im 26. Jahre eine Augenaffection (Iritis?) und dann serpiginöse Geschwüre und schliesslich im 30. Jahre Hirnlues auf.

Unter meinen 12 Fällen gingen demnach in 10 Fällen, also ebenfalls in der Hälfte der Fälle dem syphilitischen Hirnleiden keine anderweitigen nachweisbaren sypilitischen Erkrankungen voraus.

Prädisponirende Momente. Nachdem schon Paracelsus die Ansicht aufgestellt hat, dass die Syphilis bei jedem Menschen den Charakter derjenigen Krankheit annehme, zu der er durch Erblichkeit und andere Prädispositionen neige und nachdem Virchow darauf aufmerksam gemacht hat, dass die Localisationen der Syphilis sehr häufig durch äussere Schädlichkeiten und Zufälligkeiten beeinflusst werden, haben Lagneau, Lancereaux, Engelstedt, Heubner etc. den prädisponirenden Momenten eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt. Es ergab sich zunächst, dass die erbliche Prädisposition zu Nervenerkrankungen die Localisation der Syphilis im Nervensystem begünstige. Heubner[1]) führt zwei hieher gehörige Fälle seiner eigenen und je 1 Fall von Lallemand und Zambaco an. Unter meinen 21 Fällen liess sich erbliche Disposition zu Nervenkrankheiten 3 Mal nachweisen.

Ein Onkel des aphasischen Pat. meiner 15. Beob. litt an einer ähnlichen Sprachstörung. — Der Vater des Pat. meiner 6. Beob. sei zornig und aufgeregt gewesen und wurde in seinem 73. Jahre vom Schlage getroffen. Ein Bruder des Vaters sei ebenfalls vom Schlage getroffen worden. Ein Bruder des Pat. stand wegen Hirnlues in meiner ärztlichen Behandlung, wurde gesund und sei auch gesund geblieben; er dient noch als activer Officier. Die Mutter des Pat. meiner 11. Beob. war seit 19 Jahren zumeist bettlägerig und Pat. selbst habe in seiner Kindheit eine lebensgefährliche Krankheit überstanden.

Als prädisponirende Momente der Hirnsyphilis werden auch noch angeführt Traumen auf den Schädel, anstrengende geistige Arbeit, intensive Gemüthsaffecte, und starke Excesse in Bacho,

[1]) Heubner l. c. p. 259 ff.

namentlich in Alkoholicis. Von solchen prädisponirenden Momenten ist in meinen 21 Fällen nichts notirt; in meiner 4. Beob. kam der apoplektische Anfall allerdings nach einem Excesse in Alkoholicis, aber nachdem bereits durch 3 Monate prodromale Hirnsymptome vorangegangen waren. Was die pathologisch-anatomischen Verhältnisse anlangt, so tritt bekanntlich die Hirnsyphilis in verschiedenen Formen auf u. z.:

1. in Form des Syphiloms. Seine makro- und mikroskopischen Verhältnisse im Allgemeinen als bekannt voraussetzend, hebe ich hier nur einige Momente hervor. Dasselbe kommt nur ausnahmsweise im Inneren des Gehirnes ohne Zusammenhang mit den Hirnhäuten vor; so fand Heubner unter 45 Fällen von syphilitischen Neubildungen in der Schädelhöhle mit genauer Angabe des Sitzes derselben, nur 3 Fälle von Tumoren der Hirnsubstanz, die nicht an der Hirnoberfläche lagen oder mit ihr in Verbindung standen, und die überdies noch gewisse Zweifel aufkommen liessen, u. z. je einen Fall von Lallemand (Centr. ovale Vieussenii), von Zambaco (l. Sehhügel) und von Lancereaux (Corp. striat.).

Ich selbst beobachtete unter den 5 zur Obduction gekommenen Fällen nur in 1 Falle (15. Beob.). Syphilome u. z. ausser 2 ziemlich grossen, von denen je eines im Anfangsstücke des N. Trigem. und im Gangl. Gasseri der linken Seite sass, noch ein wallnussgrosses in der hinteren Hälfte des rechten Linsenkernes; die Umgebung des letzteren war in ausgedehnter Weise erweicht.

In der Regel entwickelt sich das Syphilom entweder in der Dura mater oder im Subarachnoidealraume. In der Dura mater entwickelt es sich zwischen den beiden Blättern derselben und erreicht oft, namentlich in den Duplicaturen derselben (Falx cerebri etc.) eine beträchtliche Grösse, selbst diejenige eines Hühnereies; die Dura selbst ist entsprechend der Geschwulst und ihrer Umgebung mehr minder beträchtlich verdickt.

Entwickelt es sich im Subarachnoidalraume, so greift es auf die Pia mater, auf die daselbst durchtretenden Nerven und Gefässe, auf die Gehirnoberfläche und häufig auch auf die Dura mater über, auf letztere namentlich an Stellen, an welchen die Hirnoberfläche der Dura enger anliegt (Convexität der Grosshirnhemisphären etc.). Dabei entwickelt es sich mehr in die Fläche,

namentlich an der Schädelbasis vom vorderen Rande der Brücke bis nach vorne vom Chiasma Nn. optic. — Ja in manchen Fällen verliert hier sowie auch bisweilen an der Convexität das Syphilom das Geschwulstartige und gewinnt das Ansehen einer diffusen Infiltration der Meningen (gummatöse Meningitis). Kommt es bei diesen letzteren Formen erst nach längerem Bestande unter der antiluetischen Behandlung zum Zerfall der Zellen und Aufsaugung des Detritus, so bleibt eine schwielige Verdickung und Verwachsung der Hirnhäute zurück.

In fast allen den Fällen, in welchen das Syphilom von den Hirnhäuten auf die Oberfläche der Hirnsubstanz übergreift, wird die letztere entsprechend demselben auf eine gewisse Tiefe erweicht gefunden.

Nur äusserst selten (Leon Gros, Lancereaux und Engelstedt) tritt das Syphilom in Form zahlreicher miliarer Knötchen auf der Dura mater und in den weichen Hirnhäuten auf.

2. Die Hirnsyphilis tritt ferner u. zw. ungemein häufig in Form der syphilitischen Endarteriitis, welche übrigens nach Heubner nichts anderes als ein Syphilom der Hirnarterien ist, auf. Hier entwickelt sich nach Heubner die syphilitische Neubildung zwischen der elastischen Lamelle der Intima (Membrana fenestrala) und dem Endothel u. z. zunächst an beschränkten Stellen der Gefässwände der Arterien der Schädelbasis und ihrer Zweige, insbesondere der Carotiden, der Anfangsstücke der Aa. fossae Sylvii, und Aa. corporis callosi, und sie wächst oft unter Nachschüben sowohl längs der Längsrichtung der Gefässe als auch gegen das Lumen derselben zu. An den ergriffenen Partien wird das Lumen der Arterien mehr minder, oft sogar sehr beträchtlich verengt, ja durch hinzutretende Thrombose ganz aufgehoben und dadurch die Ernährung sowie die Function der von diesen Gefässen versorgten Hirnpartien mehr minder beträchtlich beeinträchtigt, ja unter Umständen sogar ganz aufgehoben (nekrotische Erweichung), wenn die grossen Arterien an Stellen obliterirt werden, von welchen Endarterien abgehen, oder wenn die letzteren selbst unwegsam werden.

In allen meinen 5 zur Obduction gekommenen Fällen war die syphilitische Endarteriitis vorhanden. Dieselbe war in meiner 15. Beobachtung nur auf den ersten grösseren Ast der linken A.

fossae Sylvii beschränkt und derselbe dadurch bedeutend stenosirt, und in der 2. Beob. erstreckte sie sich nur auf die beiden Aa. vertebrales und auf die A. basilaris, in den übrigen 3 Fällen war der Process über die Hirnarterien mehr minder ausgebreitet. Als Folgezustand der syphilitischen Endarteriitis wurde in meinen 5 zur Obduction gekommenen Fällen 2mal Encephalomalacie, 2mal Hirnhämorrhagie und 2mal chronische Entzündung und consecutive Atrophie der Hirnrinde der Stirnlappen beobachtet.

So war in meiner 15. Beobachtung eine gelbe Erweichung der hinteren Windungen der Insula Reilii, des Lobulus supramarg. und der oberen Schläfenwindung u. z. der linken Seite vorhanden. Ausserdem fand sich ein alter Erweichungsherd im linken Linsenkern und eine ausgebreitete Erweichung um das im rechten Linsenkern befindliche Syphilom. — In der 2. Beob. war ausser einer leichten Atrophie der Stirnlappen und Verwachsung der beiden Ammonshorne mit der lateralen Wand des Unterhornes, ein alter encephalitischer Defect der Hirnrinde am rechten Gyrus uncin. entsprechend dem hinteren Ende des Unterhornes, ferner eine alte Encephalomalacie der Brücke, insbesondere ihrer unteren vorderen Partien und der beiden Pyramiden des verlängerten Markes und secundäre Sclerose des l. hinteren Seitenstranges längs des ganzen Rückenmarkes vorhanden. — In der 1. Beob. fand sich ein orangengrosser frischer hämorrhagischer Herd im rechten Cent. semiovale, in den äusseren Partien des Linsenkernes, in der äusseren Kapsel und Vormauer mit Durchbruch in den Seitenventrikel, ferner ein haselnussgrosser, frischer hämorrhagischer Herd im Mark des linken Scheitellappens und ein erbsengrosser, sonst ähnlich beschaffener im rechten Sehhügel. In der 9. Beob. fanden sich eine alte hämorrhagische Cyste im rechten Linsenkerne und im Marke des rechten Stirnlappens, ferner 2 frische, hämorrhagische Herde im Kleinhirne mit Durchbruch in die 4. Hirnkammer und schliesslich kleinere frische hämorrhagische Herde im Pons Varoli und in der Medull. oblong. — In der 3. Beobachtung zeigten sich ein bedeutendes chronisches Oedem der Hirnhäute und partielle Verwachsungen derselben mit der Hirnrinde entsprechend den Stirnlappen und Atrophie der letzteren. Ausserdem fand sich in der schon erwähnten 15. Beob. eine Pachymeningitis chron. entsprechend der Convexität der linken Grosshirnhemisphäre.

3. Bisweilen tritt die Hirnsyphilis in Form einer Entzündung (entzündlicher Erweichung) des Gehirnes auf, ohne dass an den grösseren Hirnarterien eine luetische Endarteriitis nachweisbar wäre, u. z. in der Umgebung von Syphilomen (meine 15. Beob.) aber auch unabhängig von letzteren. In manchen dieser Fälle dürfte eine syphilitische Endarteriitis der kleineren Arterien dieser Erweichung des Gehirnes zu Grunde liegen.

4. Bisweilen hat man, trotzdem bei Syphilitischen die Erscheinungen einer schweren Gehirnerkrankung während des Lebens bis zum Tode beobachtet worden sind, bei der Obduction makroskopisch keine, oder wenigstens keine dem Krankheitsbilde überhaupt entsprechende Veränderung gefunden. Einen solchen Fall werde ich an einem anderen Orte demnächst mittheilen.

Symptome. Dem Ausbruche schwerer Hirnsymptome gehen bei der Hirnsyphilis durch kürzere oder längere Zeit minder schwere voraus, die man gewöhnlich als Prodromen bezeichnet, obwohl sie zumeist schon durch die Entwicklung der Hirnerkrankung bedingt werden. Hierher gehören anfallsweise auftretende, sich häufig in der Nacht, sowie auch beim Drucke steigernde Kopfschmerzen, die einen verschiedenen Sitz, verschiedene Ausbreitung und Intensität zeigen, ferner Schlaflosigkeit, das Gefühl von Betäubtsein, anfallsweise auftretender Schwindel, psychische Gereiztheit, etwas erschwertes Denken und Sprechen, leichte Abnahme des Gedächtnisses, Schmerzen in den Extremitäten u. dgl. Was nun meine 21 Fälle anlangt, so fehlte ein ausgesprochenes Prodromalstadium höchstens 4mal (2., 7., 8. u. 19. Beob.), denn in der 8. Beob. gingen dem apoplektiformen Anfalle etwas mehr als 1 Tag Schwindel, unbehagliches Gefühl, Schwäche in den Extremitäten und unsicherer Gang voraus. In den übrigen 17 Fällen waren mehr minder ausgesprochene Prodromalerscheinungen durch kürzere oder längere Zeit vorhanden. Ich will dieselben hier etwas detaillirter schildern, da man in diesem Stadium durch eine zweckmässig eingeleitete Behandlung viel Unheil verhüten kann. In 3 Fällen bestanden dieselben nur in Kopfschmerz.

So war in der 17. Beob. durch einige Zeit nur Kopfschmerz vorhanden; in der 9. Beob. waren durch $1^1/_2$ Jahre hindurch anfallsweise auftretende neuralgische Schmerzen im Hinterhaupte, und in der 12. Beob. durch 14 Tage hindurch heftige drückende

Schmerzen in der linken Kopfhälfte, namentlich gegen den Scheitel zu jeden Abend durch etwa 2 Stunden dem Ausbruche der schweren Hirnsymptome vorausgegangen.

In 1 Falle (18. Beob.) wurde durch 4 bis 5 Wochen ausser herumziehenden Kopfschmerzen noch vermehrte Speichelsecretion vom Pat. angegeben, und in 1 Falle (15. Beob.) ausser linksseitigen, besonders des Nachts exacerbirenden Kopfschmerzen noch Schlaflosigkeit.

In 1 Falle (3. Beob.) ging durch etwa 1 Jahr eine grosse psychische Reizbarkeit den schweren Hirnsymptomen voraus, in 1 Falle (5. Beob.) durch 2 Jahre hindurch heftige Schmerzen in der linken oberen Gesichtshälfte und in der ersteren Zeit nebstbei auch in der linken Schulter. In der 14. Beob. hatte Pat. seit mehreren Jahren an der Innenfläche des linken Oberschenkels ein juckendes Gefühl und Schmerzen in den Schienbeinen (wie wenn er darauf geschlagen würde), sowie auch zeitweise leichte, blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten.

In jedem der anderen 9 Fälle waren stets mehrere Prodromalerscheinungen vorhanden.

So in der 20. Beob. durch 5 Wochen hindurch öfters des Abends kurz dauernde Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Gefühl von Kälte über dem Rücken, und in den letzten 4 Wochen ein Gefühl von Spannung und Pelzigsein in den rechtsseitigen Extremitäten. — In der 21. Beob. waren durch 8 Monate hindurch Anfälle von Schwindel begleitet von Ohrensausen, Flimmern vor den Augen und allgemeiner Kraftlosigkeit, nach dem 1. Schwindelanfalle eine durch $^1/_2$ Stunde dauernde Sprachlosigkeit. — In der 1. Beob. waren durch einige Zeit heftige Kopf- und später auch Nackenschmerzen vorhanden, die unter Schmierkur und Jodkaliumgebrauch schwanden. Einige Monate später durch einige Zeit Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unsicherheit des Ganges, grosse Schwäche in den unteren Extremitäten, Ungleichheit der Pupillen, und Abweichen der Zunge nach links. — In der 4. Beob. traten 3 Monate vor dem Auftreten des apoplektischen Anfalles jeden Nachmittag heftige, zumeist halbseitige Kopfschmerzen und Schmerzen in den Schienbeinen, welche beide bis gegen Abend andauerten, ausserdem Schwindel, Flimmern vor den Augen, Verminderung des Appetites

und der Körperkraft. — In der 6. Beob. war durch 2 Jahre hindurch gesteigerte psychische Reizbarkeit, häufig auch Kopfschmerzen und Schwindel, und $^1/_2$ Jahr nach Beginn der Erscheinungen durch kurze Zeit Störung der Sprache vorhanden. — Der Pat. der 11. Beob. litt 6 Jahre hindurch zeitweise an grosser pyschischer Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, und ziehenden Schmerzen in den unteren Extremitäten. — In der 16. Beob. war durch einige Wochen Mattigkeit, Abgeschlagenheit und später heftiger Kopfschmerz und Schwindel vorhanden. — In der 13. Beobachtung bestand seit 2 Monaten erschwertes Schlingen, Schwerhörigkeit, Schwere im Kopfe, neuralgische Schmerzen im Hinterhaupt und schmerzhaftes Spannen im Nacken, und bald gesellte sich dazu Ohrensausen, und leichte Abnahme des Sehvermögens. — In der 10. Beob. war 2 Wochen hindurch ein heftiger, sich des Abends steigernder Kopfschmerz vorhanden; nachdem derselbe merklich nachgelassen hatte, war durch $4^1/_2$ Monate eine leichte Schwäche der rechtseitigen Extremitäten, und zeitweise leichtes Zittern in denselben vom Pat. wahrgenommen worden, was ihn jedoch in seiner militärischen Dienstleistung nicht hinderte.

Nachdem nun diese Prodrome eine bald kürzere, bald längere Zeit angedauert hatten, kommt es, u. zw. zumeist sehr rasch zu schweren Hirnsymptomen. Ruft man sich das über die anatomischen Verhältnisse der Hirnsyphilis Gesagte ins Gedächtniss zurück, erwägt man, dass man durch unsere antiluetischen Mittel die syphilitischen Processe mehr minder, u. zw. um mehr, je frühzeitiger und energischer man eingreift, bekämpfen kann, so wird daraus die überaus grosse Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder der Hirnsyphilis begreiflich, und demnach auch die grosse Schwierigkeit, dieselben unter gewisse Grundtypen zu subsumiren.

Nichtsdestoweniger hat man einen solchen Versuch gemacht, und Heubner stellt 3 solche Typen der Erscheinung der Hirnsyphilis auf:

a) Psychische Störungen mit Epilepsie, unvollkommenen Lähmungen (selten Hirnnervenlähmung) und terminalem, meist kurz dauerndem comatösem Zustand.

b) Echte apoplectische Attaken mit nachfolgender Hemiplegie, in Verbindung mit eigenthümlichen in mehrfach wiederkehrenden Episoden auftretenden somnolenten Zuständen, vielfach

halbseitigen Reizerscheinungen; gewöhnlich gleichzeitig Hirnnervenlähmungen.

c) Verlauf des Hirnleidens ähnlich dem der Dementia paralytica.

Wenn ich jedoch die von mir publicirten 21 Fälle durchmustere, so zeigt es sich gleich, dass es nur sehr schwer möglich ist, sie alle in diese ganz allgemein gehaltenen Typen zu subsumiren, ja selbst dann, wenn man die ausführlichere Schilderung dieser Typen nach Heubner berücksichtigt.

Ich will nun diese 3 Typen Heubner's kurz skizziren und meine eigenen Fälle in dieselben, so weit dies eben möglich ist, einreihen.

Ad a) Bei diesem Typus kommt es, nachdem die Prodrome kürzere oder längere Zeit angedauert hatten, zu epileptischen Anfällen, die sich von da an in verschiedenen Zwischenräumen wiederholen, und die entweder complett oder incomplett (hier fehlt nach Wilks die vollkommene Bewusstlossigkeit) oder auch rudimentär (namentlich epileptischer Schwindel) sind. Im späteren Verlaufe entwickeln sich in den Zwischenpausen bald langsamer, bald schneller psychische Störungen oder aber diese gehen dem Auftreten der epileptischen Anfälle voraus. Es entwickelt sich zunächst entweder Melancholie oder Manie und hierauf kommt es zur Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz. Es entsteht ein der Dementia paralytica ähnliches Bild, in dem nach Wille jedoch der bei der gewöhnlichen Anoia paralytica so gewöhnliche Grössenwahn nicht vorhanden ist.

Jetzt kommt es auch noch u. zw. zur langsamen Entwicklung von zumeist halbseitigen Paresen und nur ausnahmsweise vollständiger Paralysen entweder der oberen oder der unteren oder beider gleichseitiger Extremitäten oder auch der einen Gesichtshälfte und zu einer Sprachstörung, die sich nur selten als Aphasie, sondern zumeist nur als träge, erschwerte Sprache (embarras de parole) präsentirt. Alle diese Erscheinungen zeigen häufig Schwankungen der Intensität. Unter einer energischen antiluetischen Behandlung können diese Erscheinungen ganz oder grösstentheils dauernd oder vorübergehend schwinden. Wird jedoch keine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet, bisweilen aber trotz einer solchen (wenn namentlich der Process schon weit fortgeschritten

ist), kommt es zur Steigerung der Erscheinungen, der Kranke wird schliesslich bewusstlos, es entwickelt sich Decubitus und der Kranke geht an den Folgen desselben oder durch Complicationen zu Grunde. — Nach Heubner haben jene Fälle der Hirnlues diesen Verlauf, bei welchen sich an einer zunächst umschriebenen Stelle des Subarachnoidealraumes an der Convexität der Grosshirnhemisphären ein Gumma entwickelt, das zur Verwachsung der Hirnhäute führt, auf das Gehirn übergreift und nun in weiterer Ausdehnung Erweichung der Hirnrinde und der nächst gelegenen Marksubstanz hervorruft, oder aber bei welchen eine verbreitete, die eine oder selbst Theile beider Grosshirnhemisphären befallende gummatöse Meningitis sich anschliesst.

Von meinen 21 Fällen gehört nur die 5. und die 17. Beob. in diesen Typus. Aber selbst diese weichen insofern von demselben ab, als in der 5. Beob. auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung auch noch ein apoplektiformer Anfall aufgetreten war, und in der 17. Beob. der Process mit einer allmälich sich steigernden Parese der linksseitigen Extremitäten begann, zu der sich erst später klonische Krämpfe in den letzteren gesellten.

Ad b) Nachdem auch hier die Prodrome kürzere oder längere Zeit angedauert hatten, treten die schwereren Hirnsymptome in verschiedener Art auf [1]). Bald nämlich kommt es zur Lähmung eines oder des anderen Hirnnerven oder einzelner Aeste desselben, oder zur Anästhesie im Bereiche einzelner Aeste oder des ganzen Trigeminus oder zur Abschwächung des Gesichtssinnes etc., nachdem nicht selten durch kurze Zeit Reizungserscheinungen in dem betreffenden Hirnnerven vorangegangen waren. Diese Hirnnervenlähmungen können sich rasch, zumeist jedoch nur allmälich mehr minder ja selbst ganz zurückbilden oder sie persistiren. Bisweilen sehr bald darnach, bisweilen erst nach wenigen oder mehreren Monaten, ja selbst erst nach 1 Jahre kommt es zu ausgebreiteteren Störungen. — In einer anderen Reihe von Fällen kommt es zunächst zu einem apoplektischen Anfalle mit Verlust oder mehr minder bedeutender Trübung des Bewusstseins, mehr minder bedeutender Lähmung zumeist nur der einen Seite, — mit nach Wiederkehr des Bewusstseins rückbleibender Dysarthrie oder aber,

[1]) Heubner l. c. p. 282—292.

was jedoch nur selten beobachtet wird, mit zurückgebliebener Aphasie. Bisweilen tritt die Hemiplegie jedoch ohne jede Störung des Bewusstseins auf. Während nun die Lähmungen, die übrigens auch sehr rasch schwinden können, persistiren oder sich mehr minder bessern, und sich zumeist in den gelähmten Extremitäten die Erscheinungen der secundären Degeneration der Pyramidenbündel des Seitenstranges (Contracturen, gesteigerte Sehnenreflexe) entwickeln, kommt es früher oder später zu gewissen tieferen Functionsstörungen des Gehirnes, nämlich zu gewissen somnolenten Zuständen. Diese alsbald zu schildernden somnolenten Zustände können bei diesem Typus der Hirnlues auch unmittelbar nach den Prodromen auftreten und demnach den übrigen schweren Hirnsymptomen mehr minder lange bisweilen sogar sehr lange Zeit vorangehen. Nachdem nämlich durch einige Stunden oder Tage ein starkes Eingenommensein des Kopfes oder ein mehr minder heftiger Kopfschmerz oder starke Mattigkeit vorangegangen war, entwickelt sich eine mehr minder starke Somnolenz, wobei die Pat. in einem rauschartigen, halbbewussten, halbschlafenden Zustande sich befinden, aus dem sie nur ganz vorübergehend zu erwecken sind, und der häufig mit einer triebartigen, durch halbunbewusste Bewegungsimpulse beeinflussten Geschäftigkeit verbunden ist. — Diese somnolenten Zustände können sich auch mehr minder rasch zur vollständigen Bewusstlosigkeit steigern, ja es kann auch dann der Tod eintreten, oder aber sie können allmälich wieder merklich schwächer werden, ja sogar ganz verschwinden u. zw. in der Art, dass sie allmälich schwächere und kürzer andauernde Exacerbationen und immer stärkere und länger andauernde Remissionen machen.

Mag nun die Hirnlues bei diesem Typus wie immer (mit Hirnnervenlähmung oder mit einem apoplektiformen Anfalle oder mit den somnolenten Zuständen) einhergehen, so können sich diese Erscheinungen auch spontan mehr minder wieder zurückbilden, aber früher oder später kommt es, wenn nicht eine energische antiluetische Behandlung durchgeführt worden war, ja manchmal trotz derselben, zu einem Nachschube in Form eines ähnlichen oder eines anderen Subtypus oder gar in Form eines anderen der 3 Typen.

Anatomisch entspricht diesem Typus die luetische Endarteriitis mit ihren Folgezuständen und bisweilen, nämlich in den Fällen, in denen der Subtypus der Hirnnervenlähmung früher

oder später vorhanden war, nebstbei auch die Entwicklung von Syphilomen an der Hirnbasis, ausgehend von den Hirnhäuten, insbesondere die syphilitische Meningitis der Hirnbasis.

Zu diesem 2. Typus gehören von allen meinen bisher publicirten 21 Fällen 18, und von den 5 zur Obduction gekommenen Fällen 4. Was nun diese 4 letzteren anlangt, so kam es in der 1 Beob. nach den Prodromen zu den Erscheinungen der Hirnhämorrhagie, und in Folge derselben am 3. Tage zum Tode. In der 2. Beob. kam es ebenfalls zu einem apoplektischen Anfalle mit linksseitiger Hemiplegie und Dysarthrie, Parese der Zweige des linken N. oculomot. für die Pupille und das obere Augenlid, zum allmälichen fast vollkommenen Schwinden dieser Erscheinungen, jedoch zum Auftreten der Erscheinungen einer leichten secundären Degeneration des Seitenstranges des Rückenmarkes und zu einer geringgradigen Abnahme der psychischen Functionen; schliesslich 4 Jahre nach dem apoplektischen Anfalle zum Tode durch eine traumatische Pleuritis und Pericarditis. — In der 9. Beob. kam es in Folge einer Hämorrhagie in den rechten Linsenkern zu einer geringen linksseitigen Hemiplegie und etwa $^1/_2$ Jahr später durch Hämorrhagie in das Kleinhirn zum Tode. — Schliesslich in der 15. Beob. kam es zu einem apoplektischen Anfalle mit leichter rechtseitiger Hemiplegie und completter Aphasie, Agraphie und Alexie; die erstere schwand rasch, die letztere besserte sich nur langsam und wenig. 5 Monate später ein Anfall, der möglicher Weise ein epileptiformer gewesen ist, dann allmäliche Entwicklung einer Parese des ganzen linken Facialis, der linken oberen, später auch der linken unteren Extremität, Zunahme der Aphasie, bald stärkere bald schwächere Somnolenz und schliesslich Bewusstlosigkeit und in 2 Stunden nach derselben, 13 Monate nach dem apoplektiformen Anfalle Tod.

Von meinen zu diesem Typus gehörigen nicht zur Obduction gekommenen 14 Fällen begann das Krankheitsbild mit einem apoplektischen oder apoplektiformen Anfalle 7mal (in der 4., 8., 18., 19., 10., 12. und 21. Beob.), wobei in den 3 letzteren Beobachtungen sich der Anfall wiederholte.

In der 4. Beob. kam es zu einem apoplektischen Anfalle mit 5tägiger Bewusstlosigkeit und rückbleibender completter linksseitiger Hemiplegie, erschwerter Sprache und Parese der Wangen-

zweige des linken Facialis; — allmäliche Besserung der Erscheinungen, Zeichen einer leichten secundären Entartung des Seitenstranges des Rückenmarkes. — In der 8. Beob. kam es ziemlich rasch ohne wahrgenommene merklichere Störung des Bewusstseins zu einer Lähmung der rechten Körperhälfte und zur Dysarthrie, mit leichter secundärer Degeneration des Seitenstranges des Rückenmarkes und unter einer antiluet. Behandlung zur fast vollständigen Heilung. — In der 18. Beob. trat eingeleitet durch einen kurz dauernden Krampf in mehreren Muskeln der rechten Gesichtshälfte zunächst eine Parese der Wangenzweige des rechten Facialis und des rechten Hypoglossus und nach einigen Stunden Lähmung der rechten oberen und Parese der rechten unteren Extremität mit Trübung des Bewusstseins. Heilung in kurzer Zeit. — In der 19. Beob. kamen im Verlaufe nicht ganz eines Tages mehrere Anfälle von Verlust der Sprache, Lähmung der linksseitigen Extremitäten und der Wangenzweige des linken Facialis ohne Verlust des Bewusstseins, welche Erscheinungen sich jedesmal nach wenigen Minuten aber nach jedem folgenden Anfalle immer weniger besserten und schliesslich einer Lähmung der linken oberen, einer Parese der linken unteren Extremität und der Wangenzweige des linken Facialis, sowie des linken Hypoglossus und der Pupillarzweige der rechten Pupille Plaz machten. Alle diese Erscheinungen verloren sich ziemlich rasch fast ganz unter Jodkalibehandlung.

In der 10. Beobachtung trat zunächst eine rechtsseitige Hemiplegie auf, die sich ohne eine antiluetische Behandlung ziemlich rasch verlor. 15 Tage später kam es während der Nacht zu einer linksseitigen Hemiplegie mit leichter Contractur der linksseitigen Extremitäten und Lähmung des Facialis in allen seinen Aesten, Herabsetzung der Sensibilität an der linken Körperhälfte, Erweiterung der linken Pupille, Lähmung der Zunge, erschwertes Schlingen, Auftreten von Trismus beim Versuche zu schlingen, leichte Nackencontractur und leichte Abschwächung der psychischen Functionen. In den ersten Tagen noch Convulsionen in der linksseitigen unteren Extremität. Im weiteren Verlauf blieb die Hemiplegie bestehen, die Contractur in den Extremitäten nahm zu, es traten zeitweise psychische Aufregungszustände auf und entwickelte sich allmälich Verblödung; die übrigen

Symptome bildeten sich fast ganz zurück. In der 12. Beob. trat im Verlaufe von 1—3 Stunden eine Halblähmung und Verminderung der Sensibilität der rechten Körperhälfte und lallende Sprache auf. Unter Schmierkur und Jodkali rasche Besserung. 8 Wochen nach dem 1. Anfalle plötzlich ein zweiter, stärkerer, dem 1. ähnlicher. Die Erscheinungen gingen dann bis auf kleine Reste langsam zurück. — In der 21. Beob. apoplektiformer Anfall mit Trübung des Bewusstseins, Lähmung des linken Facialis in allen seinen Aesten und der linken Extremitäten, Anästhesie der linken Körperhälfte, Sprachverlust und Beeinträchtigung des Gehörvermögens. Langsame Besserung der Hemiplegie und Hemianästhesie, ziemlich rasches Schwinden der übrigen Erscheinungen. 9 Monate später und dann abermals 2 Monate später rasche Verschlimmerung der Hemiplegie und Hemianästhesie, das erstemal eingeleitet durch ton. Krämpfe in den Beugern der linksseitigen Extremitäten; die Besserung wurde mit jedem folgenden Male unvollkommener.

Unter dem Bilde der Hirnnervenlähmung verlief meine 7. Beob. Die übrigen 6 Fälle dieses Typus lassen sich jedoch nur mit einigem Zwange in denselben einreihen. So trat in der 6. Beob. zunächst eine leichte Parese der Extremitäten, namentlich der unteren und 10 Tage später eine rasche Steigerung der Parese aller Extremitäten und Auftreten von somnolenten Zuständen etc. In der 11., 13. und 20. Beob. zeigte sich das Bild einer Encephalo-Meningitis der Schädelbasis, namentlich in der hinteren Schädelgrube; in der 16. Beob. zeigten sich diffuse Erscheinungen von Seite des Gehirnes und in der 14. Beob. nebst letzteren auch solche von Seite des Rückenmarkes.

Ad c) Bei dem Verlaufe der Hirnlues unter einem der Dementia paralytica ähnlichen Bilde will ich, da von meinen bis jetzt publicirten Fällen nur Einer (3. Beob.) hieher gehört, ausser einer ganz kurzen Skizzirung dieses letzteren nur einige wenige Bemerkungen machen.

In meiner 3. Beob. kam es, nachdem durch etwa 1 Jahr grosse psychische Reizbarkeit vorangegangen war, plötzlich bei einem Festmahle zur Tobsucht. In einem Irrenhause kam es unter einer antisyph. Behandlung zu einer sehr bedeutenden Besserung, bald jedoch wieder unter dem Auftreten eines pustulösen Exanthems zu den Erscheinungen der chron. Manie mit Grössendelirien,

darauf rasche Abschwächung der psychischen Function, schliesslich rascher Verfall der Kräfte und Tod durch Pneumonie etwa 13 Monate nach dem Auftreten der Tobsucht.

Die psychischen Störungen bei diesem Typus können anfangs ein oder mehrere Male verschwinden, um wiederzukehren. Nach Mildner und Wright treten hier die acuten Verschlimmerungen des psychischen Leidens gewöhnlich in Begleitung eines syphil. Exanthems (auch mein Fall) oder einer anderen Form der Syphilis, namentlich ihrer tertiären Form auf. Im späteren Verlaufe treten nicht selten sehr rasch wieder verschwindende, jedoch nicht selten öfters wiederkehrende und dann ihren Sitz wechselnde Lähmungen bald der einen, bald der anderen Extremität, bald der Sprache etc. auf.

Bei der Oduction findet man in den Fällen dieses Typus makroskopisch gewöhnlich entweder keine Abnormität oder nur ein Oedem der weichen Hirnhäute und eine geringe Atrophie der Hirnwindungen. In meinem Falle war ausser einer Endarteriitis einzelner Hirnarterien, bedeutendes chron. Oedem der weichen Hirnhäute, partielle Verwachsung der letzteren mit der Hirnrinde der Stirnlappen und Atrophie der letzteren vorhanden.

Was die Dauer des Processes anlangt, so glaube ich zunächst die bis zur Obduction gelangten Fälle von den anderen sondern zu müssen. Von den ersteren betrug die Dauer, wenn wir von den Prodromen absehen, bei dem Einen Falle des 3. Typus etwas mehr als ein Jahr. Bei den 4 Fällen des 2. Typus betrug dieselbe 1mal 3 Tage (1 Beob.)

1 „ ½ Jahr (9. Beob.)

1 „ etwa 1 Jahr (15. Beob.)

1 „ 4 Jahre (2. Beob.)

Rechnet man vom Auftreten der Hirnsymptome überhaupt, also auch mit Inbegriff der prodromalen Hirnerscheinungen, so betrug die Dauer bei dem einen Falle des 3. Typus etwa 2 Jahre und bei den 4 Fällen des 2. Typus

2mal etwa 1 Jahr (1. u. 15. Beob.)

1 „ 2 Jahre (9. Beob.)

1 „ 4 Jahre (2. Beob.)

Bei den gebesserten oder geheilten Fällen werde ich die Dauer vom Auftreten deutlicher Prodrome rechnen. Von den

2 Fällen des 1. Typus war es bei dem einen (5. Beob.) in $2^3/_4$ Jahren und bei dem anderen in $3^1/_2$ Jahren (17. Beob.) noch nicht zur völligen Genesung gekommen.

Von den 14 Fällen des 2. Typus sind genesen 4 Fälle, fast ganz genesen 9 Fälle und 1 Fall blieb ganz ungeheilt. — Bei den 4 geheilten Fällen betrug die Dauer je 1mal 2, 6, 8 Monate und $2^1/_2$ Jahr (18., 20., 16. u. 14. Beob.), bei den 9 nicht vollständig geheilten Fällen je 1mal über 2 und 7 Monate (19., 11. Beob.), über 1 Jahr, 2 und 3 Jahre (8., 21. und 12. Beob.), 3mal über 4 Jahre (4., 6. und 7. Beob.) und 1mal über 15 Jahre (13. Beob.), bei dem Einen ungeheilten (10. Beob.) mindestens 1 Jahr.

Weitere Schlüsse will ich aus diesen Verhältnissen erst dann ziehen, wenn ich sämmtliche von mir beobachtete Fälle zusammengestellt haben werde.

In Betreff des Ausganges brauche ich in Anbetracht des bei der Dauer der Hirnsyphilis gesagten nur noch bei den 5 tödtlich geendigten Fällen anzugeben, welches die eigentliche Todesursache war. In 2 dieser 5 Fälle erfolgte der Tod durch Hirnhämorrhagie (1. und 9. Beob.), 1mal (15. Beob.) ebenfalls durch die Hirnsyphilis (rasche Ausbreitung des encephalitischen Herdes), 1mal (3. Beob.) durch Erschöpfung und Pneumonie und schliesslich 1mal (2. Beob.) durch traumatische Pleuritis und Pericarditis.

Was nun die Therapie anlangt, so will ich vorderhand nur folgende Bemerkungen machen. Unter den 5 verstorbenen Individuen war nur 1mal keine antiluetische Behandlung gemacht worden, in den übrigen 4 Fällen bestand dieselbe in Anwendung der Schmierkur und des Jodkali, 1mal (15. Beob.) auch nebstbei des Dect. Zittmanni, — in dem einen ungeheilten Falle (10. Beob.) in Jodkalium und Sublimatinjectionen — in 5 der nicht ganz vollständig geheilten Fälle (5., 7., 17., 19. u. 20. Beob.) in Jodkalium allein, in 6 dieser Fälle (4., 6., 8., 11., 12. u. 13. Beob.) in Jodkalium und Schmierkur, und schliesslich in 3 der genesenen Fälle (16., 18. u. 20. Beob.) in Jodkalium allein und in 1 derselben (14. Beob.) nebstbei in Schmierkur.

# Ueber die zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis erforderlichen sanitäts-polizeilichen Vorschriften.

**(Mit Berücksichtigung localer Verhältnisse.)**

Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 15. December 1882 gehaltenen Vortrage

von

**Dr. Arthur Leppmann,**

Secundärarzt am Allerheiligen-Hospital zu Breslau.

---

**Bei der nachfolgenden Arbeit benützte Werke:**

Bäumler, Syphilis. Im Handbuch der spec. Pathologie v. Ziemssen. III. Band. Leipzig 1874.

Behrend, Ueber Prostitution und Bordellwesen etc. etc. mit Bezug auf die Schriften von Tait und Pottou aus Behrend, Syphilidol. Band V.

Bernstein, Dr. Berthold Bernhard, Die Prostitution in ihren Beziehungen zu den Geschlechtskrankheiten. Besprechung alter und neuer Präventiv-Massregeln. München 1878.

Crocq und Rollet, Die internationale Prophylaxis der venerischen Krankheiten. Bericht, erstattet im Namen der Commission des internationalen Congresses zu Paris (1867), übersetzt von Pick im Archiv für Dermat. und Syphilis. (1. Jahrgang, 1869.)

Duboc, Julius, Die Behandlung der Prostitution im Reiche. Magdeburg 1879.

Eulenberg, Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. I. Band. Berlin 1881.

Germann, Vorschläge zur Abwehr der Syphilis etc. 1873.

Gähde, Das Brüsseler Prostitutions-Reglement in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege, XII. Band, 4. Heft.

Güntz, Ueber die Verhütung der Syphilis, Leipzig 1870.
Guillaume-Schack, Ein Wort zur Sittlichkeitsfrage. Berlin 1881.
Heyd, Dr. W., Die Frage der Uebertragung der Syphilis durch die Schutzpockenimpfung. Stuttgart und Leipzig 1867.
Hjelt, Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Finnland. Berlin 1874.
Hügel, Zur Geschichte, Statistik und Regelung der Prostitution. Wien 1864.
Jeannel, Die Prostitution in den grossen Städten im 19. Jahrhundert, übersetzt von Müller. Erlangen 1869.
Kraus, Die Regelung der Prostitution. Wien 1875.
Kraus, Zur Regelung der Prostitution. Separatabdruck aus der „Allgemeinen Wiener medic. Zeitung", 1876.
Mayer, Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten und die Prostitutionsfrage in Bayern, in Eulenberg's Vierteljahresschrift etc. etc. Neue Folge, XVIII. Band. Berlin 1873.
Mireur, La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi. Paris 1875.
Müller, Dr. Friedrich Wilhelm, Die Prostitution in socialer, legaler und sanitärer Beziehung etc. Erlangen 1868.
Neumann, Die Berliner Syphilisfrage. Berlin 1852.
Parent-Duchatelet, De la prostitution dans la ville de Paris etc. etc. III. Edition, Paris 1857.
Pick. Die internationale Prophylaxis der venerischen Krankheiten, im Archiv für Dermat. und Syphilis. 2. Jahrgang, Prag 1870.
Prostitution, die, ihre Ursachen und die Möglichkeit ihrer Verminderung. 3. Aufl., Berlin, Verlagsbuchhandlung für Volksliteratur.
Proksch, Die Vorbauung der venerischen Krankheiten. Wien 1862.
Le Roy de Méricourt, Etude critique des mesures prophylactiques contre les maladies vénériennes. Extrait des Archives de médecine navale. Décembre 1868, t. X.
Roth und Lex, Handbuch der Militär-Gesundheitspflege. 1874/75.
Sperk, Dr. Ed., Recherches statistiques sur la syphilis dans la population feminine de St. Petersbourg. Paris 1875.
Sigmund, Die Syphilis in Italien, Arch. für Dermat. und Syphilis. 4. Jahrgang, Prag 1872.
Sigmund, Vorlesungen über neuere Behandlungen der Syphilis. 2. Auflage, Wien 1880.

Sigmund, Was vermögen wir gegen die Syphilis als Volkskrankheit jetzt zu thun? Separatabdruck aus der deutschen Revue. 1881. Heft I.
Stamm, Dr. Th., Die Verhütung der erblich-giftigen, verbreitetsten Ansteckungen. Zürich 1882.
Stern, Dr. Emil, Ueber Syphilis-Prophylaxis, Eulenberg's Vierteljahresschrift, XXXVII, 1 und 2.
Strohl, Zur Prostitutionsfrage. In Eulenberg's Vierteljahresschrift etc. etc. Neue Folge, XXIV. Band, Berlin 1876.
Skrzeczka, Mittheilungen aus dem Bereiche der sanitäts-polizeilichen Thätigkeit des königlichen Polizei-Präsidiums zu Berlin im Jahre 1878. In Eulenberg's Vierteljahresschrift. Neue Folge, XXXII. Band, Berlin 1880.
Tageblatt der 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Leipzig 1872, Section für öffentliche Gesundheitspflege.
Tardieu, Ambroise, Etude de médecine légale sur les maladies produites accidentellement ou involontairement etc. Paris 1879.
Verhandlungen des VII. Aerztetages, im Aerztlichen Vereinsblatt, October und November 1879.
Wahl, Wilhelm v., Ein klinischer Vortrag über Syphilis-Prophylaxe. Dorpat 1883.
Zeissl, Lehrbuch der Syphilis etc. etc. Stuttgart 1875.

---

Wenn man heut zu Tage den Versuch macht, durch Combination bereits bestehender Massregeln mit proponirten oder zu proponirenden neuen, ein Programm der Ziele zusammen zu stellen, welche sich die öffentliche Gesundheitspflege gegen die Verbreitung der Syphilis setzen soll, so wird man sich wohl bewusst sein müssen, dass viele Vorschläge vorläufig den gegebenen Verhältnissen gegenüber rein theoretische Deductionen bleiben werden, und dass es nur die Vollständigkeit erheischt, sie neben diejenigen zu stellen, deren baldige praktische Durchführung zum mindesten discutabel erscheint.

Da bei der Eigenthümlichkeit des syphilitischen Giftes, bei seinem langen Anhaften am inficirten Individuum und bei dem durch die modernen Transportmittel erhöhten Verkehr zwischen den einzelnen Nationen ein localer Infectionsherd stets von einer verderblichen Fernwirkung sein wird, so wird jeder Staat immer

wieder von aussen her durchseucht werden, wenn er für sich allein in seinem Innern auch noch so gute und ausgedehnte prophylactische Massregeln trifft; denn eine genügende sanitäre Controle an den Grenzen ist selbst bei Preisgebung wichtiger Interessen nicht möglich. Wenn sich aber ganze Staaten-Complexe, z. B. alle Staaten eines Welttheils über gemeinsame Präventiv-Massregeln in ihrem Innern einigen würden, so würde es ihnen auch eher möglich sein, den Verkehr mit Ländern, in welchen sich die Ansteckung noch ungedämmt ausbreitet, principiell gemeinsamen Beschränkungen zu unterwerfen, auf welche in Folgendem noch hingewiesen wird. Die Nothwendigkeit eines solchen internationalen Vorgehens als Haupterforderniss bei Regelung der Syphilisprophylaxe ist ärztlicherseits schon längst genügend hervorgehoben, und die Art und Weise desselben in ausgedehnter Weise, wie z. B. auf dem internationalen Congress in Paris im Jahre 1867 erörtert worden, ohne dass bis jetzt die Regierungen der modernen Culturstaaten der Realisirung dieser Idee näher getreten wären.

Eine Hauptursache dafür ist die, dass in den einzelnen Staaten die sanitäre Prophylaxe der Syphilis noch nicht einheitlich geregelt und der directen Oberaufsicht des Staates unterworfen ist. Nur Italien hat dies bis jetzt in einigermassen erprobter Weise durchgeführt[1]).

Hier bestehen unter einer Centralbehörde in den grösseren Städten Inspectionen, in den Kreishauptstädten Sanitätsämter speciell zur Ueberwachung der Prostitution, deren Thätigkeit auf gemeinsamem einheitlichem Wirken von Aerzten und Verwaltungsbeamten beruht, während in anderen Ländern die Regelung dieser Verhältnisse meist den Communen der grösseren Städte überlassen bleibt. Auch in Preussen handhabt der Staat als solcher prophylactische Massregeln nur in den grösseren Orten, in welchen überhaupt nach den gesetzlichen Bestimmungen die Polizei der unmittelbaren staatlichen Aufsicht untersteht. In den Mittel- und kleineren Städten bleiben dieselben der Communalpolizei überlassen, auf dem Lande fehlen sie wohl so gut wie ganz. Hier würde das Postulat einer einheitlichen Regelung der Luesprophylaxe

[1]) Uffelmann, l. c., pag. 486.

unter staatlicher Oberaufsicht vielleicht folgendermassen durchzuführen sein:

Die oberste Leitung aller zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis, respective der venerischen Krankheiten erforderlichen Einrichtungen müsste eine Centralbehörde haben, welche einen integrirenden Theil der obersten Verwaltungs-Instanz des preussischen Medicinalwesens, nämlich des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten bilden müsste. Unter Oberaufsicht derselben (respective von seitens derselben beauftragten Regierungsbeamten) müssten in den grösseren Städten gemischte Commissionen gebildet werden, in welchen Sitz und Stimme haben:

1. Die mit der Ausführung sanitäts-polizeilicher Massnahmen gegen die Ansteckung betrauten höheren Executiv-Beamten.
2. Die Polizei-Physiker der betreffenden Orte.
3. Die mit der Untersuchung der Prostituirten betrauten Aerzte.
4. Die Oberärzte derjenigen Abtheilungen von Krankenhäusern, die zur Aufnahme Syphilitischer bestimmt sind.
5. Delegirte aus den die obersten Communalbehörden bildenden Corporationen.

Für die kleineren Städte und das platte Land, wo die Schaffung eigener Behörden für diesen Zweck nicht durchführbar sein dürfte, müsste man die höchsten Verwaltungsbeamten der Kreise und Ortschaften, die Landräthe und Bürgermeister durch besondere Weisungen dazu veranlassen, auf etwaige, zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis nöthige Massnahmen ihr Augenmerk zu richten. Diesen hätten die Kreis-Physiker zur Seite zu stehen, welche speciell in den periodischen Berichten an ihre vorgesetzten Behörden Rücksicht auf alles Wesentliche nach dieser Richtung hin zu nehmen hätten. In den kleineren Städten müsste man auch die fast überall angestellten Communal-Aerzte dazu veranlassen, ihren Behörden, wie überhaupt in hygienischen Fragen, so besonders in diesem wichtigen Punkte berathend zur Seite zu stehen.

Worauf haben nun diese Behörden ihr Augenmerk zu richten?

Die häufigste Uebertragung der Syphilis geschieht natürlich durch den Beischlaf; am leichtesten wird diejenige Weibsperson die Krankheit erlangen und weiterverbreiten, welche denselben

gewohnheitsgemäss mit jedem Manne, der sie materiell entschädigt, ausübt, d. i. die Prostituirte. Aus der Welt schaffen kann man die Prostitution nicht; keine, selbst die härtesten behördlichen Massnahmen haben einen auch nur nennenswerthen Erfolg gehabt, im Gegentheil. Von den mannigfachen ungünstigen Erfahrungen, die man mit den Versuchen, die Prostitution zu unterdrücken, gemacht hat, möge es genügen, wieder unseres engeren Vaterlandes zu gedenken.

Als im Jahre 1845 in Berlin sowohl die Bordelle wie überhaupt die Prostitution nicht mehr officiell geduldet wurden, nahm die heimliche Prostitution abnorme Dimensionen an, die Zahl der an Syphilis in Civil- und Militär-Krankenhäuser Aufgenommenen mehrte sich in erschreckender Weise. Die Form der einzelnen Erkrankungen wurde bösartiger, denn es nahm die Zahl der Verpflegungstage für den einzelnen Fall zu. Das Verhältniss der ausserehelichen zu den ehelichen Geburten wurde ungünstiger, kurz, es traten so schwere gesundheitliche und moralische Schädigungen zu Tage, dass man schon nach 10 Jahren wieder zum alten Systeme zurückkehrte. (Behrend, die Prostitution in Berlin. Preussisches Polizei-Lexikon 1856, Art. Prostitution[1]).

Ebenso ungünstig wirkt das vollkommene Fehlen jeder staatlichen Controle, wie es in England Brauch war. Hier wurden z. B. 1863 von tausend Rekruten 318 venerisch, darunter 108 syphilitisch befunden. Erst durch den Erlass der Contagious diseases act im Jahre 1864, das sind gewisse Ausnahmsgesetze zur sanitären Controle der Prostitution in bestimmten Hafenplätzen und Garnisonsorten, wurde den grossen Uebelständen einigermassen abgeholfen, so dass z. B. im Jahre 1872 in den sanitär controlirten Garnisonen das Verhältniss der luetischen zu den gesunden Soldaten wie 54 : 1000 war, während die Orte mit freier Prostitution sogar 123 luetische Soldaten pro mille aufwiesen[2]), und zu gleicher Zeit in der preussischen Armee, wo gewiss selbst im kleinsten Garnisonsorte der Prostitution gewisse Schranken auferlegt sind, auf 1000 nur ungefähr 11 Luetische kamen[3]).

---

[1]) Parent-Duchatelet, l. c. II., pag. 669. ff.

[2]) Strohl, l. c.

[3]) Roth und Lex. l. c., B. III, pag. 86.

Die Prostitution ist also ein Factor, mit dem wir rechnen müssen. Um ihre schädlichen Folgen möglichst zu mildern, müssen wir:

1. Die Ausbreitung der Prostitution überhaupt möglichst einschränken.

2. Die nothwendig zu duldende Prostitution sorgfältig überwachen.

3. Ausserhalb der überwachten Prostitution jede heimliche energisch bekämpfen.

Zur Verminderung der Prostitution wäre zunächst eine Besserung der, ihr Ueberhandgreifen bedingenden, allgemeinen Momente nothwendig, nämlich Hebung der materiellen Noth der unteren Volksclassen, zweckmässige Volkserziehung, um Luxus, Genusssucht, Leichtlebigkeit und moralische Haltlosigkeit zu mindern, Beseitigung der (ausser in materieller) in politischer und religiöser Hinsicht vorhandenen Ehehindernisse; ausserdem wird durch zweckmässige Regelung der geduldeten Prostitution dieselbe an und für sich eingeschränkt[1]).

Schliesslich muss der Staat Gründung und Gedeihen aller der Einrichtungen fördern, welche dazu dienen, alleinstehenden, unbescholtenen Mädchen moralischen und materiellen Halt zu gewähren und den reuigen Prostituirten die Rückkehr zu einem gesitteten Lebenswandel zu erleichtern.

Die Versuche, solche Zwecke zu fördern, sind seitens religiöser Congregationen und anderer privater Vereinigungen nicht neu, in früherer Zeit sorgten sogar die staatlichen Behörden selbstständig für die Gründung von Zufluchtsanstalten zu solchen Zwecken, wie z. B. Wien schon vor 500 Jahren ein vom Herzog Albrecht privilegirtes Haus der Büsserinnen besass[2]). Im Uebrigen müssten wohl die jetzt bestehenden Magdalenen-, Martha- und Marien-Stifte, sowie andere, zu gleichen Zwecken errichtete Zufluchts-

---

[1]) So wies z. B. E. Stern in der Sitzung der hygien. Section vom 9. März 1883 an der Hand eines grösseren statistischen Materiales nach, dass seit 1875, seit der Zeit des wirthschaftlichen Niederganges, hierselbst in dem Maasse wie die Steuerkraft und die Zahl der jährlichen Eheschliessungen abnahm, die Zahl der Prostituirten und der an Syphilis Erkrankten zunahm.

[2]) Hügel, l. c., pag. 275.

anstalten ihre Hauptaufgabe darin sehen, unbescholtene Mädchen vor der Gefahr, der Prostitution anheimzufallen, zu schützen, während solche Anstalten mit strenger, fast klösterlicher Einrichtung und mit vorwiegender Betonung religiöser Formeln nicht recht geeignet sein dürften, einer auf der tiefsten Stufe des Lasters und Elends angelangten Prostituirten als Staffel zur Rückkehr zu einem geordneten Leben zu dienen. Der crasse Uebergang von der grössten Regellosigkeit zur peinlichsten Ordnung, von der Zügellosigkeit des Verlangens zur strengsten Zurückhaltung erzeugt entweder Heuchelei oder baldigen Rückfall.

Das zweite Haupterforderniss zur Regelung der Prostitution, die Ueberwachung der geduldeten Prostituirten geschieht, wenigstens in grossen, volksreichen Verkehrscentren, die ja dabei die meisten Schwierigkeiten bieten, am leichtesten und zweckentsprechendsten durch Concentrirung der Prostituirten in bestimmte Häuser unter Aufsicht von Personen, welche ein materielles Interesse an den geschaffenen Einrichtungen haben, d. h. durch Concession von Bordellen.

Für die Bordell-Prostitution sprechen folgende gewichtige Gründe:

1. Haftet der Bordellwirth im eigenen Interesse für Einhaltung aller polizeilichen Vorschriften, da jede Vernachlässigung derselben ihm materiellen Nachtheil, respective Unterdrückung seines Erwerbszweiges zuzieht. Die einzeln wohnende Prostituirte überschreitet dieselben theils aus dem für den Stand charakteristischen Leichtsinn, theils dann, wenn sie in Folge geschlechtlicher Erkrankung oder aus anderen Gründen der Detention im Krankenhause oder im Gefängnisse entgegensieht.

2. Die einzeln wohnende, im Privatlogis oder auf Schlafstelle befindliche Prostituirte kommt viel leichter mit den Familien ihrer Quartiergeber und der Nachbarschaft zusammen, und ist viel eher geeignet, unerfahrene Personen, wie halbwüchsige Mädchen durch ihr Beispiel und Unterweisung moralisch zu schädigen, oder durch Küsse oder Theilen der Lagerstatt, was ja unter den niederen Volksschichten bei den Schlafstellen-Mädchen oft stattfindet, direct Syphilis zu übertragen.

3. Durch zweckmässig eingerichtete Bordelle wird am besten das öffentliche Aergerniss, welches durch die auf Strassen

herumvagirenden, in Theatern, Concert- und Tanzlocalen sich bewegenden Einzel-Prostituirten gegeben wird, vermieden.

4. Während sich für gewöhnlich nur Der ins Bordell begibt, welcher seinem Geschlechtstriebe folgend, den Beischlaf vollziehen will, ist es der, in der Offentlichkeit umherschweifenden Einzel-Prostituirten möglich, durch Lockungen aller Art die Begierden der ihr zufällig begegnenden Männer anzustacheln, ihre Künste auch an solchen, welche von vornherein leichter anzureizen sind, wie Trunkenen und halbwüchsigen Burschen zu versuchen und so die relative Häufigkeit des Beischlafes, also auch der Gelegenheit zur Ansteckung zu vermehren.

5. Da im Bordelle eine genauere sanitäre Controle, speciell eine öftere ärztliche Untersuchung am leichtesten möglich ist, da dasselbe ferner die grösste Sicherheit gegen materielle Uebervortheilung, gegen Gefahren an Leib und Leben für die Besucher gibt, so wird dasselbe von Denjenigen, welche nach geschlechtlichen Genüssen verlangen, der unsicheren und unbequemen Einzel- und Geheim-Prostitution vorgezogen und so letztere durch Verminderung der Nachfrage eingeschränkt, aber auch aus gleichen Ursachen die Verführung unbescholtener Mädchen und die Entheiligung der Ehen vermindert werden.

6. Die beste Art und Weise, die übermässige Ausbreitung der Prostitution zu hindern, ist die möglichst grosse Erregung von Furcht und Abscheu vor dem Prostitutionsgewerbe und nur durch Verweisung der Prostitution in bestimmte, öffentlich gekannte und von der Oeffentlichkeit abgegrenzte Räume wird dieses Gefühl der Aechtung im Volke wachgehalten; auch ist das Dasein eines Bordellmädchens, selbst wenn sie durch zweckentsprechende Vorschriften vor Uebervortheilung und Knechtung seitens der Bordell-Inhaber geschüzt wird, lange nicht so begehrenswerth, wie das der Einzel-Prostituirten: „nur durch die Bordelle wird die Prostituirte factisch prostituirt, während die Geheim- und Einzel-Prostituirte doch immer mehr oder weniger von einem blendenden Nimbus umgeben erscheint“ [1]), sagt Hügel mit Recht.

Leider haben die Commentatoren des deutschen Strafgesetzbuches sich in ihrer Majorität dahin entschieden, dass der §. 180

[1]) Hügel, l. c., pag. 475.

desselben die Einrichtung von Bordellen verbietet und die Aufhebung der bestehenden involvirt. Dadurch wird entschieden die Volksgesundheit geschädigt und es ist unsere Pflicht, mit allen gesetzlichen Mitteln auf Abänderung dieses Paragraphen hinzuwirken[1]).

Der schwerwiegendste Vorwurf, den man den Bordellen den geschilderten Vortheilen gegenüber gemacht hat, ist der, dass ein inficirtes Bordellmädchen wegen des relativ häufigeren Cohabitirens mit Männern die Infection mehr verbreite, wie eine controllirte Einzelwohnende. In der That hat Mireur bei 100 Fällen von Infectionen ermittelt, dass 62 bei Bordellmädchen und nur 38 bei isolirt wohnenden oder Geheim-Prostituirten erworben worden waren. Für eine entscheidende Statistik sind diese Zahlen wohl noch zu klein, andererseits müsste man glauben, dass, wenn auch die Bordellhure durch häufigeren Coitus relativ leichter sich eine Infection zuziehen und schneller weiter verbreiten kann, wie die controlirte Einzel-Prostituirte, sie auch relativ leichter durch die genauere Untersuchung entdeckt und relativ schneller ins Hospital kommen wird.

Bei einem allen sanitätspolizeilichen Anforderungen entsprechenden Bordell würde hauptsächlich Folgendes zu beobachten sein:

1. Dasselbe muss in einer möglichst abgelegenen Strasse, fern von Kirchen, Theatern, Schulen, Kasernen und grösseren, öffentlichen Vergnügungsorten gelegen sein, ebenso muss eine Concentration vieler oder aller Bordelle in einem kleinen Bezirke als die öffentliche Sicherheit gefährdend vermieden werden.

2. Es darf ausser dem Inhaber, seiner Familie und dem nöthigen Dienstpersonal Niemand in demselben wohnen oder ein Geschäft oder ein Handwerk darin betreiben. Die unmündigen Kinder des Bordellinhabers müssen von der Zeit ab, wo sie beginnen würden, ein Verständniss für ihre Umgebung zu bekommen, also vielleicht vom schulpflichtigen Alter ab, ausserhalb desselben erzogen werden. Das männliche und weibliche Dienstpersonal muss mündig sein.

2. Jedes Bordell darf, um nicht die polizeiliche Ueberwachung ohne Grund zu erschweren, nur einen Haupteingang nach der

---

[1]) Duboc, l. c.

Strasse zu haben, die Fenster müssen so beschaffen sein, dass man nicht erkennen kann (Milchglas-Scheiben), was in dem Hause vorgeht. Sind dieselben geöffnet, so darf weder ein Freudenmädchen, noch ein anderer der Bordellbewohner sich an demselben zeigen, ebenso muss die Thüre stets geschlossen und aus undurchsichtigem Materiale verfertigt sein. Jede Anlockung von Vorübergehenden seitens der Bordellbewohner muss streng vermieden werden.

4. Eine Kenntlichmachung des Hauses in nicht auffallender Weise ist erlaubt[1]). Sehr zweckmässig geschieht dies in Leipzig, wo in deutlich erkennbarer, aber nicht gerade auffallender Weise in dem, über der Hausthür befindlichen Fenster die Hausnummer gross und Abends erleuchtet angebracht ist.

5. Um jede Ausschreitung in der Debauche zu vermeiden, muss jede Dirne in dem Hause ihr eigenes Zimmer haben; ausserdem muss ein gemeinschaftlicher Versammlungsraum existiren; zu jedem Raume muss die Polizei Zugang verlangen können.

6. Damit der Besucher die nach dem Beischlafe zwar nicht absolut vor Ansteckung schützende, aber doch prophylactisch wichtige desinficirende Reinigung seiner äusseren Geschlechtstheile vornehmen kann, müssen in jedem Schlafraume reine Waschgefässe, genügendes frisches Wasser, eine concentrirte Lösung von hypermangansaurem Kali und zum eventuellen Gebrauche vor dem Beischlafe $2^1/_2$%iges Carbolöl vorhanden sein.

Auch Sublimatlösung von 1 : 1000—5000 wird speciell für Frauen von mehreren Seiten zur prophylactischen Ausspülung, besonders bei professionsmässig ausgeübtem Coitus empfohlen und dürfte diese Empfehlung durch die neuesten Veröffentlichungen von Koch über Desinfection (Mittheilungen des kaiserl. Gesundheitsamtes, Band I) einen rationellen Boden erhalten.

In Frankreich ist besonders die Rodet'sche Mischung in Anwendung, welche aus:

Ferr. perchlor.
acid. hydrochlor.

---

[1]) Behrend, l. c., pag 45.

acid. citr. āā 10,0
aq. dest. 240,0[1])

besteht.

7. Da Berauschungen die Anregung der Männer zum Beischlaf erleichtern und überhaupt leicht Anlass zu Ruhestörungen geben können, so dürfen geistige Getränke im Bordell durchaus nicht verabfolgt werden.

8. Der Bordellinhaber, resp. die Bordellinhaberin müssen jede Prostituirte, die bei ihnen eintritt, binnen 24 Stunden bei der zuständigen Polizeibehörde melden. Dem Austritte derselben dürfen sie, auch wenn sie Gläubiger ihrer Dirnen sind, kein Hinderniss entgegensetzen. Durch diese Massregel werden die oft beschriebenen Zustände vermieden, welche dadurch entstanden, dass die Bordellinhaber den Leichtsinn der Prostituirten benützten, um sie in übermässige Schulden zu stürzen, ihnen vor Ausgleichung ihrer Verpflichtungen die Rückkehr in die Freiheit, respective zu einem gesitteten Leben verweigerten und die körperlichen Vorzüge ihrer Opfer oft in der brutalsten Weise ausnützten. Ausserdem müssen die Bordellinhaber und Inhaberinnen jede Veränderung im weiblichen Dienstpersonale, sowie jedes Mitwohnen weiblicher Familienangehöriger melden. Ausser den obengenannten dürfen sie keine andere weibliche Person auch nur für kurze Zeit in das Bordell einlogiren, Massregeln, die sich von selbst erklären.

9. Mireur postulirt, dass man keinem Mädchen unter 21 Jahren, also nach unseren Begriffen, keiner Unmündigen den Eintritt in das Bordell gestatten soll. Diese Massregel dürfte sich nicht zur Einführung empfehlen, da statistisch nachgewiesenermassen ein grosser Percentsatz[2]) aller Freudenmädchen sich schon vor diesem Alter der Prostitution hingiebt und man daher dieselben, wenn man sie vom Bordell zurückweist, der freien controlirten oder uncontrolirten Prostitution in die Arme treibt.

Es würde daher ein möglichst niedriges Alter, vielleicht das 16. Lebensjahr als zum Eintritt berechtigend vorzuschlagen sein.

---

[1]) Stamm, l. c., pag. 56, empfiehlt in seiner neuesten Veröffentlichung zur Reinigung der Eichel nach dem Coitus eine 1%ige Sublimat-Glycerinlösung.

[2]) Pareut-Duchatelet, l. c., I., pag. 92.

Dass bereits syphilitisch Inficirte von einem anderen Standpunkte aus zu betrachten sind, ergibt das Folgende.

10. Um jede Möglichkeit der Täuschung des Publikums in Bezug auf den Gesundheitszustand der Mädchen, welche sich ihm im Bordell zum Beischlaf offeriren, zu vermeiden, werden alle weiblichen Personen, die im Bordell wohnen, bis zum 50. Lebensjahre der, nachher zu schildernden, ärztlichen Untersuchung unterworfen, ausser der Bordellinhaberin, wenn sie verheirathet ist, und unter Machtvollkommenheit ihres Mannes steht. Die Untersuchungen finden nur dann innerhalb des Bordells statt, wenn in demselben ein zweckentsprechendes, mit allen Utensilien versehenes Untersuchungszimmer eingerichtet wird. Untersucht soll gewöhnlich 2 Mal wöchentlich werden, doch sollen jeden Tag zu einer bestimmten Tageszeit sämmtliche der Untersuchung Unterworfene sich zu Hause und in einem Zustande halten, der eine ausserordentliche Untersuchung möglich macht.

11. Erkennt die Bordellinhaberin eine Dirne als geschlechtskrank, so muss sie für deren Unterbringung im Krankenhause und sofortige Verhinderung an dem Umgange mit Männern Sorge tragen, ebenso, wenn eine vom Arzte für krank befunden wird.

12. In Bezug auf das Bewegen in der Oeffentlichkeit, das Verlassen des Wohnortes, die Pflege des Körpers, die Hospitalisation, die Streichung, sind die Bordelldirnen denselben nachher zu schildernden Vorschriften unterworfen, wie die freien Prostituirten.

Wenn man auch die Einrichtung von Bordellen für Grossstädte als absolut erforderlich erachtet, so wird man zugestehen müssen, dass dieselben für mittlere und kleinere Städte überflüssig sind, da hier die Einzelprostituirten für gewöhnlich allgemein gekannt, und daher leicht zu controliren sind.

Leider können wir auch in der Grossstadt, selbst bei Duldung von Bordellen, daneben der geduldeten Einzelprostitution nicht entbehren.

Es würden nämlich viele Männer, welche ihres Standes oder ihrer sonstigen Verhältnisse wegen sich nicht in ein Bordell begeben können, sonst nothwendiger Weise der heimlichen Prostitution in die Arme fallen; ausserdem übersteigt auch die Zahl

derer, welche entschlossen sind, sich der Prostitution zu widmen, oder als Geheimprostituirte entlarvt werden, oft die Zahl der im Bordell freien Plätze, die ja ein behördlich normirtes, nach der Bedürfnissfrage taxirtes Maass nicht überschreiten wird, so dass die Betreffenden, wenn man sie nicht sanitär controliren würde, nur zur Vermehrung der heimlichen Prostitution beitragen würden.

Als Einzel-Prostituirte nun hat man jede Frauensperson zu betrachten, welche sich zur freiwilligen Eintragung in das zu führende Register der Prostituirten meldet. Ist eine solche Person minderjährig, so müssen, wie es z. B. in Berlin geschieht[1]), Eltern oder Vormünder; ist sie verheirathet, so muss der Mann von der Eintragung benachrichtigt werden. Ausserdem wird jede Person in diese Liste einregistrirt, welche nachgewiesener Massen gewerbsmässig mit Männern geschlechtlich verkehrt.

Eine genaue Ueberwachung der Einzel-Prostitution ist schwieriger, als die der Bordell-Prostituirten. In dem Getriebe einer Grossstadt kann sich die freie Dirne unter Umständen lange unbestraft der sanitären Controle entziehen. Sie kann Männer in Situationen verlocken, in denen es ihr ein Leichtes ist, dieselben unentdeckt materiell zu benachtheiligen. Sie kann, wenn ihr der Boden unter den Füssen brennt, leicht heimlich ihren Wohnort verlassen und andere Kreise ihres verderblichen Wirkens aufsuchen, kurz, sie kann viel leichter, als die Bordell-Prostituirte, alle die Grundsätze verletzen, die weiter oben als für die Ueberwachung der Prostitution massgebend angeführt worden sind. Einschränken können wir die freie Prostitution nur durch die Massregeln, welche überhaupt die Ausbreitung der Prostitution mindern sollen, ausserdem, besonders in der Grossstadt, durch die schon betonte Concurrenz seitens möglichst zweckmässig einzurichtender Bordelle. Zur Verhinderung ihrer Ausschreitungen sollen folgende Massregeln dienen:

1. Die Einzel-Prostituirten müssen in bestimmten abgelegenen Strassen, nicht parterre wohnen, sich nicht am Fenster zeigen, kurz Alles vermeiden, was für die Nachbarschaft anstössig wäre. Jeden Wohnungswechsel müssen sie der Polizei anzeigen.

---

[1]) Skrzecka, l. c.

2. Dürfen sie sich nur zu bestimmten Zeiten öffentlich zeigen, die Zeit der Dunkelheit muss dabei möglichst vermieden werden; gewisse öffentliche Vergnügungsorte, in denen vorwiegend das gesittete Publikum verkehrt, wie Museen u. s. w., dürfen sie nicht betreten. In Tracht und Kleidung dürfen sie nichts Auffallendes darbieten. Sie dürfen den Beischlaf mit Männern nur in ihrer Privatwohnung oder in den Privatwohnungen Derer, welche sie aufsuchen, gestatten. Mit halbwüchsigen Burschen, wie Lehrlingen, Schülern, dürfen sie den Beischlaf nicht vollziehen. In ihren Privatwohnungen dürfen sie, während sie Besuche empfangen, weder ihren Zuhältern, noch anderen Personen Unterstand gewähren; in Bezug auf Reinlichkeit und Desinfection müssen sie ihre Wohnungen ebenso in Stand halten, wie es in den Bordellen gefordert wird. In Preussen soll man jetzt in einigen Orten damit vorgehen, gemäss des §. 180 des R.-St.-G. auch diejenigen Personen strafrechtlich zu verfolgen, welche zulassen, dass die bei ihnen in Privatlogis befindlichen controlirten Prostituirten Männer bei sich empfangen. Eine solche Massregel würde so einschneidend in Bezug auf den Erwerb der Prostituirten wirken, dass dadurch die Scheu vor einer behördlichen Ueberwachung sehr zu Ungunsten des sanitären Zweckes derselben gemehrt werden würde.

3. Was die jeweilige Untersuchung des Gesundheitszustandes der Prostituirten betrifft, so wäre es am zweckmässigsten, dieselben täglich zu untersuchen; da sich dies aber nur schwierig und mit bedeutenden Geldopfern seitens des Staates ermöglichen lassen dürfte, so wird man sich auf den Vorschlag einer zweimaligen wöchentlichen Untersuchung beschränken müssen, der sich natürlich alle Dirnen regelmässig und freiwillig zu unterziehen hätten. Der Zweck der Untersuchung wird illusorisch, wenn dieselbe nicht genau ist, und es ist sehr wesentlich, sich über alle dabei in Betracht kommenden Momente klar zu werden. Folgendes wäre dabei vielleicht wesentlich:

a) Das zur Untersuchung verwandte Arztpersonal muss in genügender Anzahl vorhanden sein. Ein Arzt kann selbst in mehrstündiger Sitzung nicht mehr wie 30—50 Personen genau untersuchen. In Berlin kamen nach Stern . . 115 pro Tag und Arzt,

„ Paris „ „ Mireur . 50 „ „ „ „

in Florenz kamen nach Uffelmann 25—27 pro Tag und Arzt,
„ Breslau „ . . . . . 55—80 „ „ „ „

Zu Untersuchungsärzten eignen sich am besten verheirathete, bei ihren Collegen als ehrenhaft bekannte Personen.

b) Die Untersuchung muss bei vollem Tageslicht in hellen geräumigen Localen (hier sind dieselben weder hell noch gross genug) stattfinden; am besten befinden sich die Untersuchungslocale in der Nähe der Hospitäler für die Erkrankten.

c) Es werden bei der jedesmaligen Untersuchung besichtigt, zuerst der Mund, dann der Gaumen und Rachen mit dem Spatel, die Haut des Gesichtes, des Halses, der Brust; der Oberschenkel, die Hals-, Ellenbogen- und Leistendrüsen werden getastet. Zu diesem Zwecke hat sich die Dirne genügend zu entblössen. Die Untersuchung der äusseren Geschlechtsorgane und des Afters muss auf einem Speculirstuhle geschehen. Die Harnröhre muss, um etwaige Urethritis zu constatiren, mit dem Finger von der Scheide aus getastet und schliesslich Scheide und Muttermund mit einem stets wohlgereinigten Speculum durchmustert werden. Auch dann noch muss der Arzt auf Täuschungen gefasst sein. So z. B. ist es authentisch, dass sich die Freudenmädchen, wenn sie sich gesundheitlich nicht sicher fühlen, mit nicht leicht gerinnendem Thierblute getränkte Schwämme in die Scheide einführen und so dem Arzte plausibel zu machen suchen, dass ihre Menstruation, welche für gewöhnlich von der Untersuchung dispensirt, eingetreten wäre. Es wäre wohl überhaupt nicht nothwendig, dass der Eintritt der Menstruation massgebend für den Wegfall der Untersuchung sein soll. Die Dirnen müssten eben angehalten werden, gehörig gereinigt im Untersuchungslocal zu erscheinen. Dann z. B. kleben sich die Dirnen über kleine Ulcerationen an den Geschlechtstheilen Stückchen fleischfarbigen, englischen Pflasters oder Schminke, ein Umstand, der bei schneller Untersuchung in ungünstig beleuchteten Räumen leichter zu Täuschungen Anlass geben kann, als man gewöhnlich annimmt. Dass eine Diagnose des virulenten Fluors sehr schwierig wird, wenn sich die Mädchen vorher die Scheide gehörig ausspülen, ist bekannt, und ist deshalb hier gerade die oben angeführte Tastung der Harnröhre wesentlich. Es wäre andererseits sogar rathsam, dass man jedes öffentliche Mädchen an-

weist, sich einen zweckmässigen Irrigator mit Schlauch und Mutterrohr zur öfteren täglichen Reinigung der Geschlechtsorgene mit verdünnten Lösungen von Carbolsäure und hypermangansaurem Kali anzuschaffen. Die nöthige Unterweisung geschähe am besten durch instruirte Frauen, welche ja so wie so der Arzt zur Assistenz bei der Untersuchung haben muss. Der jedesmalige Befund der Untersuchung wird sowohl in die zu führenden Register (respective auf Zählkarten), als auch in ein Buch, welches die Dirne immer bei sich zu führen hat, eingetragen. Um etwaige Täuschungen des Publikums zu hindern, muss man den Dirnen bei strenger Strafe verbieten, sich die Gesundheitsbücher gegenseitig zu leihen und den Verbleib derselben öfters polizeilich controliren.

d) Jede für krank Befundene muss sofort unter polizeilicher Aufsicht ins Hospital geschafft werden.

4. Was die Hospitalbehandlung selbst anbetrifft, so werden in den meisten Hospitälern, so auch im Allerheiligen-Hospital die syphilitischen Prostituirten mit den andern weiblichen, an Syphilis, ja sogar oft mit den an Hautkrankheiten und Krätze Leidenden zusammen behandelt. Welchen schädlichen Einfluss dieses Zusammensein der abgefeimten Töchter des Lasters mit unerfahrenen Mädchen auf letztere ausübt, dafür haben wir hier prägnante Beispiele zur Genüge. Es wird daher strenge Trennung der Prostituirten von den anderen Syphilitischen zu fordern sein. Andererseits soll man die Prostituirten auch nicht als Kranke zweiter Classe behandeln; jede diätetische Vernachlässigung rächt sich von selber durch Verlangsamung der Heilung. Die Dirnen dürfen daher nicht, wie es oft geschieht, in schlecht ventilirte, gefängnissähnliche Räume zusammengepfercht werden. Es muss ihnen Gelegenheit geboten werden, sich, wenn es ihr Zustand erlaubt, am besten getrennt von den anderen Kranken, täglich für einige Zeit im Freien zu bewegen. Man braucht sie nicht gerade während ihres Krankseins zur Arbeit zu zwingen, soll ihnen aber Gelegenheit geben, sich die Zeit mit nützlicher Beschäftigung auszufüllen. Hier im Allerheiligen-Hospital ist die gewiss löbliche Einrichtung getroffen, dass man ihnen einen Theil der Flickwäsche übergiebt, und die fleissigsten Arbeiterinnen durch kleine Geldprämien honorirt. Auch soll man zum Hospital Denjenigen den Zugang gestatten, welche sich mit der sittlichen

Hebung der Prostituirten beschäftigen, denn gerade Gefängniss- und Hospitalaufenthalt sind gewiss, wenn überhaupt eine Besserung möglich ist, Zeitpunkte, in denen die Verworfene der Mahnung am zugänglichsten ist. Durch möglichst milde Behandlung im Hospital wird man auch erreichen, dass sich die Dirnen der Nothwendigkeit, ins Hospital zu gehen, williger fügen, als bisher. Ein Umstand, der den Widerwillen vor dem Hospital an vielen Orten und speciell in unserem engeren Vaterlande bei den Prostituirten vergrössert, ist der, dass sie verpflichtet sind, die Kosten für ihren Aufenthalt selbst zu bezahlen, dass diese Kosten nach ihrer Entlassung von ihnen mit allen gesetzlichen Mitteln eingetrieben werden, dass sie sogar, um die Kosten auszugleichen, in Anstalten mit Arbeitszwang detinirt werden können.

Da die Heilungsdauer bei venerischen Erkrankungen eine relativ lange ist, so erwächst sehr vielen (hier in Breslau werden ihnen pro Tag 75 Pfennige berechnet) dadurch eine für lange Zeit drückende Schuldenlast, die ihnen zugleich ein Hemmschuh bei dem Versuche zur Rückkehr zu einem gesitteten Leben ist. Dies muss in Zukunft fortfallen, entweder müssen die Prostituirten principiell frei verpflegt werden, oder um dem Staate und der Gemeinde nicht die ganze finanzielle Last der Verpflegung aufzubürden, wäre es vielleicht zweckmässig, für dieselben Zwangs-Krankenkassen, respective Zwangs-Abonnements für Hospitäler unter behördlicher Leitung einzuführen mit regelmässigen, nicht zu hoch bemessenden Beiträgen seitens aller Gesunder. Wenn man z. B. als Normalsatz für hiesige Verhältnisse einen jährlichen Beitrag von 2—3 Mark normiren, und diesen am Anfange jedes Kalenderjahres mit Hilfe der Executivbehörde einziehen lassen würde, so würde man hier in Breslau, wenn man von den gegenwärtig einregistrirten 1500 Prostituirten nur 1000 als zahlungsfähig annehmen würde, einen jährlichen Kurkostenbeitrag von 2000—3000 Mark erlangen, während man bei der jetzigen zwangsweisen Beitreibung von den Verpflegten im Jahre höchstens 800 Mark Brutto erhält, wovon noch die bedeutenden Kosten der Eintreibung, welche einen umständlichen Apparat in Bewegung setzt, abzuziehen wären.

Natürlich dürften aus dergleichen Krankenkassen, respective Hospitalbeiträgen nie die Kosten der ärztlichen Controle be-

stritten werden, wie es z. B. in Frankreich, England und Italien geschieht, denn der Gedanke, dass der Arzt, der über ihr Loos entscheidet, von ihnen selbst bezahlt wird, könnte bei vielen dessen Autorität schädigen. Man könnte den Vormerk, dass die Controle unentgeltlich ist, extra den Polizeivorschriften über das Verhalten der Dirnen zur Kenntnissnahme für dieselben beifügen[1]). Jede andere Abgabe von Seiten der Mädchen oder Wirthe, welche einer Gewerbesteuer ähnlich sehen könnte, ist nicht zu billigen.

Ein heikler Punkt ist die Bestimmung der Zeitdauer des Aufenthaltes der erkrankten Prostituirten im Hospital, wenn man bedenkt, dass der einmal empfangene Ansteckungsstoff jahrelang im kranken Körper deponirt bleibt, und dass das Contagium, ausser in Secreten etwaiger Localaffectionen, in anderen Bestandtheilen des Organismus, z. B. im Blute, wenn auch in verdünntem Zustande enthalten ist.

Der Einzige, welcher diese Verhältnisse vom statistischen Standpunkte aus betrachtet hat, ist Sperk in Petersburg. Er fand, dass der bei weitem grösste Procentsatz der an ansteckender Syphilis leidenden Prostituirten den Altersclassen von 16 bis 25 Jahren angehört, dass in der Regel vom Primäraffect bis zum Uebergang in das gummöse, präsumtiv nicht mehr infectionsfähige Stadium 3 Jahre vergehen, und dass während dieser 3 Jahre die meisten floriden Eruptionen des condylomatösen Stadiums im ersten Jahre auftreten.

In Folge dessen plaidirt Wahl in Dorpat dafür, eine einmal Inficirte mindestens ein Jahr lang im Hospital zu behalten und während dieser Zeit mindestens alle 3 Monate energisch antisyphilitisch zu behandeln. Den als nicht mehr contagiös zu Betrachtenden sollte man gewisse Vorzüge polizeilicherseits angedeihen lassen, z. B. sie mit Zeugnissen oder Aufenthaltsscheinen versehen, welche ihre Nichtansteckungsfähigkeit quasi garantiren. Sperk empfiehlt aus den bereits als syphilisirt zu Betrachtenden hauptsächlich das Bordellpersonal zusammen zu setzen, weil das Publikum im Bordell die grösste Garantie zu finden glaubt. Die

[1]) Im Verlaufe der Debatte über diesen Punkt des Vortrages hat die Section bereits beschlossen, bei dem hiesigen Magistrate die Einrichtung eines Zwangs-Abonnements für Prostituirte zu beantragen.

einjährige Internirung wird sich für uns wohl vorläufig aus materiellen Gründen verbieten. Die Ausstellung von Vorzugsattesten kann unmöglich die anderen venerischen Contagien mit inbegreifen und so der Behörde statt Dank seitens des Publikums ungerechtfertigte Vorwürfe bringen. Man wird sich daher darauf beschränken müssen, die Erkrankten nach vollständigem Verschwinden der syphilitischen Localaffectionen zu entlassen, was ja auch eine relativ grosse Sicherheit gewährt, wenn die sanitäre Controle recht genau und zweimal wöchentlich stattfindet, und wenn in den geführten Registern, respective Zählkarten, Diejenigen, bei denen eine Infection sicher constatirt worden war, mit einem besonderen Vermerk versehen werden, um bei der Untersuchung noch genauer als die Uebrigen berücksichtigt zu werden.

Geht eine einmal im Hospital an Lues behandelte Prostituirte in eine andere Stadt, so soll die Polizeibehörde der letzteren, die ja überhaupt von dem Zuzug benachrichtigt werden muss, noch speciell darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Angemeldete bereits einmal an einem Geschlechtsleiden erkrankt war, das noch ansteckender Recidive fähig ist.

(Schluss folgt im nächsten Hefte.)

# Die venerischen Erkrankungen und deren Uebertragbarkeit bei einigen warmblütigen Thieren.

Von **J. K. Proksch** in Wien.

Die Frage über die venerischen und ganz besonders die syphilitischen Erkrankungen gewisser warmblütiger Thiere und die zufällige oder experimentelle Uebertragbarkeit dieser Affecte auf Menschen und von diesen zurück auf Thiere ist im Verlaufe der verflossenen vier Jahrhunderte mehrmals und in der mannigfachsten Weise discutirt worden. Seit mehr als einem Saeculum wurde und wird noch immerwährend das Experiment zur Entscheidung dieser Angelegenheit zu Hilfe genommen und dennoch stehen wir, wenn man einigen neueren Schriftstellern Glauben schenken will, auch gegenwärtig noch auf dem nämlichen Platze, wie ehedem; es scheint mir jedoch eine solche Annahme nur auf ganz mangelhafter Information zu beruhen. Der älteste, d. i. erste Arzt, welcher Inoculationen mit den Secreten venerischer Behaftungen vom Menschen auf Thiere machte, glaubte aus den negativen Resultaten seiner Versuche denselben Schluss ziehen zu dürfen, wie der jüngste aller Experimentatoren: „Die Syphilis ist ausschliesslich eine Krankheit des menschlichen Geschlechtes“. Dass dieser schon so oft wiederholte und verschiedenartig variirte Schluss vorläufig mindestens noch ganz unbegründet und daher die Streitfrage jetzt wie ehemals, selbst bei dem weitest gehenden Skepticismus höchstens nur noch unentschieden ist, wird eine, wenngleich blos skizzenhaft gehaltene, historische Betrachtung dieses Gegenstandes mit unantastbarer Bestimmtheit darlegen; auch wird die Geschichte, wie ich glaube, mit aller möglichen Präcision auf den einzigen unfehlbaren Weg, auf welchem eine Entscheidung,

wenigstens in Beziehung auf die Inoculabilität der Thiere, stattfinden kann, hinweisen können.

---

Wenn wir im Gedächtnisse haben, dass die ältesten Syphilographen die erschreckliche, epidemieartige Ausbreitung der Lustseuche zu Ende des fünfzehnten und im Anfang des sechszehnten Jahrhunderts durch alle ersinnlichen und erfindbaren Vorgänge zu erklären versuchten; wie sie Sonne, Mond und Sterne, Luft, Erde und Meere, Berührung, Odem und Blick theils für die Entstehung und theils für die Fortpflanzung der Krankheit verantwortlich machten; dass einer von ihnen, Diaz de Isla [1]), sogar syphilitischen Kohl, welcher durch das Aufhängen der Wäsche von Syphilitischen erkrankt sein sollte, gesehen haben will, so wird es uns gewiss nicht befremden können, wenn wir auch bereits in der ältesten Literatur über unsere Leiden von syphilitischen Thieren lesen.

Einer der ältesten (wenn nicht der älteste) Chronikenschreiber, welcher die Krankheit erwähnt, Peterman Etterlyn [2]), bemerkt: „Derselben Zitt was in aller weltt ein grusamliche Plag, mitt grossen Trüsen und bösen Blattern So vich und lütt ankament". Genau dasselbe mit fast denselben Worten erzählt auch ein etwas späterer Chronist, Sylbereisen [3]).

Ganz unzweideutig spricht Johannes Widmann [4]) von Syphilis der Schweine: „Huius generis sunt pisces saliti et carnes salitae et denique omnes carnes porcinae, maxime vero porcorum, ex his pustulis (id est syphilis) infectorum, sicut plerisque in locis nunc reperti sunt, erunt potissima causa".

Hatte Widmann die Fische (zufolge der damals gängen Theorie, nach welcher die Krankheit zunächst aus einer Verderbniss der Säfte entspringe) unter diejenigen Speisen gezählt, welche die Entstehung der Seuche fördern, so geht Alexander Seitz [5]) noch weiter und berichtet geradezu von syphilitischen Fischen: „Vnd ist solich meinung güttlich ze glauben, so solich kranckheit versört iung vnd alt, böss, frum, iuden, heiden vnd christen, auch dass vnvernünfftig vich, seu, visch, katzen etc. kein underscheit hat".

Ulrich von Hutten[6]) übernahm es sogar, uns eine Erklärung zu geben, auf welche Weise die Thiere erkrankten: „In hoc convenere omnes, quod intelligere promptum est, quodam insalubri aëris, qui eo tempore fuerit, adflatu, corruptos lacus, fontes, fluvios, ac ipsa etiam maria. Inde terram contraxisse venenum, infecta pascua, venenatum demissum ab aëre vaporem inde hausisse spiritum animalia. Repertus est enim in quibusdam aliis etiam animantibus hic morbus". Er warnt auch vor Schweinefleisch und Erbsen, in denen sich fliegende Insecten erzeugen.

Entgegen den eben angeführten Schriftstellern singt jedoch bereits Fracastorius[7]) in seinem berühmten Gedichte:

„Illa quidem non muta maris turbamque natantum,
Non volucres, non bruta altis errantia silvis,
Non armenta boum pecudesve armentave equorum
Infecit, sed mente vigens ex omnibus unum
Humanum genus, et nostros est pasta sub artus".

Nicht lange darnach trat ein Bologneser Arzt, Leonhard Fioravanti[8]) mit den mehr bekannten und schon vielhundertmal bewitzelten und verlachten Anschauungen und Experimenten vor seine Zeitgenossen. Derselbe hatte von einem sicheren Pasqual Gibilotto gehört, dass bereits in dem Kriege zwischen Johann dem Sohne Renati, Herzog von Angio und Alphons, König zu Neapel, im Jahre 1456 die Syphilis schon einmal zum Ausbruch gekommen sei, weil die Soldaten wegen grosser Theuerung und Hungersnoth Menschenfleisch gegessen hätten, und dass sich derselbe Vorgang im Kriege Karl's VIII. von Frankreich, also im Jahre 1494—1495, einfach wiederholt habe. Nun hatte sich Fioravanti ganz leicht erklärt, warum bei den Indianern, welche doch Menschenfresser sind, den damaligen Nachrichten zufolge, die Krankheit so sehr verbreitet war; aber damit begnügte sich sein Skepticismus noch lange nicht; er griff, wie dies alle ernsten Forscher noch heutigen Tages zu thun pflegen, zum Experiment: er fütterte ein junges Schwein mit Speck, einen Hund durch zwei Monate mit Hundefleisch und einen Adler mit dem Fleische ähnlicher Raubvögel — und siehe, alle diese Thiere wurden accurat syphilitisch. Aber nicht alle Zeitgenossen und Nachkommen bespöttelten diese Anschauungen und vorgeblichen

Versuche; Summonte[9]) nahm sie voll als richtig an, und selbst Bacon von Verulam[10]), einer der grössten Geister seiner Zeit, war ihnen nicht abgeneigt; ja Thuillier[11]) und Astruc[12]) hielten es sogar für nothwendig, die Grundlosigkeit derselben durch einschlägige Experimente darzulegen.

Doch seien wir nicht zu voreilig in unserem Urtheile über Fioravanti; denn wir werden weiter unten sehen, welche Dinge wissenschaftlich durchbildete Männer aus unserer Zeit über den bisher unergründeten Ursprung der Syphilis noch immer für möglich halten. Es ist dies eben einer jener dunkeln Punkte in unserer Wissenschaft oder eigentlich in unserer Unwissenheit, in welchen der üppigsten Phantasie immer noch der freieste Spielraum gelassen wird.

Eine neue Idee, deren Wurzeln eigentlich aus den frommen und wachen Traumbildern (um nicht zu sagen Lügen) eines Mönches entsprangen, proclamirte der für die Geschichte der Medicin ebenfalls sehr merkwürdige Johann Baptista van Helmont[13]): Die Syphilis sei durch die bestialische Vermischung von Menschen mit wurm- oder rotzkranken Pferden entstanden. Auch diese Idee wurde von den Syphilographen durch volle zwei Jahrhunderte zumeist immer nur darum vorgeführt, um den Lesern augenscheinlich zu machen, was für Verkehrtheiten sich sogar in dem Gehirn eines begabten und für seine Zeit besonders hervorragenden Mannes ausbrüten können. Da kam Ricord[14]) und erklärte auf Grund seiner historischen Studien, (!) dass diejenige Erkrankung, welche die ältesten Syphilographen beschrieben haben, dem, was wir heute als Rotz und Druse (Farcin) kennen, viel ähnlicher sei, als der gegenwärtigen Syphilis, und dass Helmont, die schmutzige Quelle abgerechnet, vielleicht nicht weit von der Wahrheit entfernt gewesen sein mag. Es fand sich auch bald Jemand, welcher der Helmont-Ricord'schen Vermuthung eine weitere, ebenfalls historische Unterlage zu geben versuchte. Beau[15]) entdeckte in der Vorrede von Lafosse's Werk über den wahren Sitz des Rotzes bei Pferden (Paris, 1749) einer Stelle, aus welcher hervorgeht, dass der Rotz ebenfalls nach der Rückkunft der Spanier von der Entdeckung Amerikas und bei Gelegenheit der Besetzung Neapels durch die Truppen Karl's VIII., also zur selben Zeit wie die Syphilis zum ersten Male unter den Pferden erschienen

sei und dass Parazzez, welcher selbst bei der Besetzung Neapels zugegen war, der erste von jenen spanischen Schriftstellern gewesen ist, welche die Geschichte dieser Krankheit der Pferde geschrieben haben. Seit Ricord wird nun die Muthmassung Helmont's von den Syphilographen gerade so oft citirt, als in den vorhergegangenen zwei Jahrhunderten, aber nicht mehr so oft verlacht. Es gab dann später mehrere Schriftsteller, welche der Sache, wie sie Ricord vorgebracht hatte, eingehende Aufmerksamkeit schenkten; so verglich Dr. Patté [16]) die Pathologie der Syphilis mit der des Wurmes und Rotzes in einer eigenen Abhandlung, Hallier [17]) untersuchte die bei diesen verschiedenen Krankheitsformen vorkommenden Parasiten und A. C. J. Michaelis [18]) erklärte sich mit einer äusserst kühnen Wendung, dass ein grosser Theil jener Krankheiten, welche beim Zuge nach Neapel ausbrachen, „gewiss nichts anderes als der Rotz war". — Doch verlassen wir diesen Gegenstand, denn sicherlich ist es noch keinem wohl unterrichteten Arzte, also auch Ricord und Michaelis nicht, eingefallen: Rotz, Wurm und Syphilis für identische, oder von einem und demselben Contagium abstammende Erkrankungen zu erklären; man verglich eben nur, und dies kann man ja bei einiger „Lust zum Fabuliren" mit den heterogensten Dingen thun.

Wesentlich verschieden steht die Angelegenheit mit einer anderen Krankheit der Pferde, der sogenannten: Schankerseuche, Schankersucht, Rotz der Geschlechtstheile, Beschälkrankheit, Zuchtlähme, Lähmungskrankheit, Venerie, venerischen Krankheit, auch geradezu „Syphilis der Pferde [19])". Die Syphilidologen haben sich bisher fast gar nicht mit diesem Theile der Zoonosologie beschäftigt; nur bei Lancereaux [20]) findet sich hierüber eine umfänglichere Erörterung, welcher zwar auch keine eigenen Erfahrungen zu Grunde liegen, die aber von eingehenden Literaturstudien zeigt. Um daher nicht bereits Gesagtes zu wiederholen, denn auch mir stehen blos Literaturkenntnisse über diese Pferdekrankheit zu Gebote, so soll sich das Folgende nur auf Ergänzungen der Ausführungen von Lancereaux beschränken.

Unter den Syphilographen finde ich zuerst bei Swediaur [21]) eine Bemerkung, welche sich auf gemachte Beobachtungen beruft: „J'ai vu aussi des étalons qui avoient gagné, par le coït, des ulcères à la verge, que les maquignons appeloient chancres; mais

ces ulcères, examinés avec soin, me paroissoient évidemment d'une nature différente de celle des ulcères syphilitiques; et ils se guérissoient assez facilement par l'application de la crême du lait". Richond des Brus[22]), welcher bekanntlich neben anderen französischen Syphilidologen zu Anfang unseres Jahrhunderts die Nichtexistenz der venerischen Contagien erweisen wollte, führt auch etliche Thierärzte vor, welche syphilitische oder syphilisähnliche Krankheiten bei Pferden beobachtet haben sollen: Sajons[23]) sah bei Hengsten, denen man, um ihre Geschlechtslust zu vermehren, Canthariden pulver eingegeben und auf den Penis gestreut hatte, solche Erscheinungen wie bei der Syphilis des Menschen; Hachette legte der königlichen Gesellschaft des Ackerbaues ein Mémoire vor, in welchem er die Erkrankungen eines Hengstes und mehrerer Stuten als syphilitische bezeichnete und Rouppe[24]) hat über ähnliche Fälle in der öffentlichen Sitzung der Veterinärschule zu Alfort im Jahre 1821 berichtet. Man könnte derlei vage Angaben übergehen, wenn nicht später noch mehrere ansehnliche Thierärzte sich in gleicher oder ähnlicher Weise ausgesprochen hätten, oder der Gegenstand überhaupt gegenwärtig schon zur Entscheidung gekommen wäre. So nennt Dr. Maresch[25]), Landesthierarzt in Böhmen, auf reichliche Erfahrungen gestützt, die Schankerkrankheit der Pferde ein Analogon der Syphilis beim Menschen, und Anacker[26]) behauptet geradezu, „dass sich bei der fraglichen Krankheit die von Virchow als für die Syphilis charakteristisch bezeichneten Erscheinungen vorfinden", was Anacker denn auch ausführlich zu erweisen sucht. Anerkannte Autoritäten in der Thierheilkunde, wie Röll[27]), Marés und Müller, halten heute noch irgend einen Zusammenhang oder die Identität der Beschälkrankheit der Pferde mit der Syphilis des Menschen für sehr fraglich; doch will mir scheinen, als wären die Thierärzte gar nicht, wohl aber die Syphilidologen berufen diese Frage zu entscheiden. Nach der Darstellung von Röll und anderen Thierärzten, welche die Identität der Syphilis mit der Schankerseuche der Pferde nicht anerkennen oder doch in Frage stellen, ist dennoch Folgendes sicher: Die Schankerseuche wird durch den Geschlechtsact, und zwar nur durch diesen, vom Hengste auf die Stute oder von dieser auf jenen übertragen. Nach einer Incubationsperiode von acht Tagen bis zu zwei Monaten stellen sich bei den Thieren primäre Erscheinungen an den Geni-

talien (Bläschen, Geschwüre, Geschwulst, Verhärtungen, Ausflüsse und Entzündungssymptome) ein, welche das Eine Mal, namentlich bei kräftigen, jungen, gutgepflegten Thieren und unter entsprechender Behandlung, nach einem sehr verschieden langen Bestande als solche enden; ein anderes Mal, besonders bei herabgekommenen, älteren und unter ungünstigen Umständen gehaltenen Pferden in eine Reihe von secundären und constitutionellen Affectionen (quaddelförmige Ausschläge der Haut, die sogenannten Thalerflecke, Oedeme am Unterbauche, Mittelfleische, Extremitäten, reichlichen „klümperigen Nasenausfluss“ mit oder ohne Schwellung der Kehlgangslymphdrüsen, paretische und paralytische Symptome, Abmagerung etc.) übergehen. Weniger übereinstimmend, als der Verlauf der Krankheit, zeigt sich bei den einzelnen Thierärzten der Sectionsbefund beschrieben; während z. B. Anacker ganz deutlich von „gummösen Anschwellungen“ und „gummösen Bildungen“ in den verschiedensten Organen spricht, ist bei Röll auch nicht die Spur davon zu entdecken.

Wenn ich ausser den bereits angeführten Schriftstellern über diesen strittigen Punkt noch Erdelyi[28]), Haxthausen[29]), Mart. Heitzmann[30]) und Thanhoffer[31]) nenne, so geschieht es nur, um die Angaben über die Specialliteratur bei Lancereaux, so weit sie mir bekannt geworden sind, zu ergänzen.

Unter den Thieren, denen man die Entstehung der Syphilis imputirte, folgte chronologisch zunächst der Affe. Laurentius Roberg[32]) Prof. in Upsala, war es, welcher zuerst meinte: „Ex coitu cum simiis natum esse“; diesem folgte Johannes Linder[33]), ein schwedischer Arzt und gab an: „Luis venereae originem inter Americanos, Sodomiae homines inter et Cercopithecos magnos sive Veterum Satyros aliquando exercitae“. Selbstverständlich dachten sich diese Aerzte die Affen ebensowenig syphilitisch, wie Helmont die rotzkranken Pferde, sondern sie glaubten nur, dass durch die geschlechtliche Vermischung mit den Menschen die Krankheit erst erzeugt worden sei.

Ueber Fälle von originärer Syphilis bei den Affen berichtete Eduard Lund[34]) in Manchester: Der Penis eines Affen war durch Verschwärung fast gänzlich zerstört, das Haar fleckenweise ausgefallen und das Stirnbein, sowie einige Röhrenknochen waren vollständig cariös. Ein Weibchen derselben Sammlung hatte

die Vulva mit ziemlich grossen condylomatösen Wucherungen umgeben und einen serös-eitrigen Ausfluss aus der Scheide. Von dem langjährigen Wärter dieser Thiere im zoologischen Garten zu Belle-Vue bei Manchester liess sich Lund erzählen, dass die Affen überhaupt häufig von einer Krankheit, welche sich durch Geschwüre an den Genitalien äussere, und durch geschlechtlichen Umgang weiter verbreite, befallen werden.

Ueber die Syphilis und andere angeblich venerische Affectionen bei den Hunden gab es im vorigen und auch noch anfangs dieses Jahrhunderts, ziemlich lebhafte Auseinandersetzungen. Von den Gegnern N. D. Falk[35]), Swediaur[36]), Walch[37]) u. A., wollen wir nur Astruc[38]) sprechen hören: „Tandem opponunt exemplum morbi in canibus frequentis: nempe familiare est canibus, cum ad senium vergunt, potissimum in calidioribus Provinciis, et aestivo tempore, scabie foeda et quae herpeti miliari congener est, affici, qua non modo cutis eroditur et exasperatur, sed etiam pilorum defluvium sive alopecia infertur. Solet plerumque una conjungi multiplex ulcusculorum progerminatio in genitalibus cum manifesto tumore, qui phimosim in maribus refert. Jam autem volunt hunc morbum, qui canibus semper infestus fuit, a lue venerea, quae homines inficit, non differre; quod tanto potiore jure videntur sibi posse assumere, quod mercurialis unguenti illitu pari successu curetur ac ipsa lues venerea; unde colligunt luem veneream in hominibus aeque antiquam esse ac memoratum affectum in canibus". Dies sucht nun Astruc ausführlich zu widerlegen. Unter den Anhängern: Dan. Turner[39]), Gardanne[40]), Zeller v. Zellenberg[41]) und Anderen wollen etliche selbst solche syphilitische Hunde gesehen, Turner sogar einen besessen und genau beobachtet haben; am häufigsten findet man eine historische Notiz von Paw[42]) (Pauw), welche sich auf den ersten Aufenthalt der Spanier in Amerika bezieht, citirt; dieselbe lautet nach Auzias-Turenne[43]): „Les chiens alains que les Espagnols jetèrent dans différentes îles et plusieurs cantons du nouveau continent furent bientôt aussi atteints de la peste vénérienne". „Les chiens du Pérou, qui sont de la première race transplantée, éprouvent encore aujourd'hui des accès du mal vénérien". Ueber condylomatöse Wucherungen bei einem Hunde, die wohl nicht gar so selten sind, berichtet Wilhelm Zlámal[44]) und die Publication des jüngsten Falles von Syphilis

bei einem Hunde stammt von Prengrueber[45]). Sonderbar sind die Versuche Blumenröder's[46]): er impfte mit dem „Tripperstoff" der Hunde und hoffte in demselben ein Mittel zur gänzlichen Ausrottung der Syphilis beim Menschen zu finden.

Weniger erzählt man von originär syphilitischen Katzen. Bei Katern soll Girtanner[47]) einen Ausschlag als „venerisch" erkannt und mit Quecksilber geheilt haben; in seinem Werke[48]) sagt Girtanner nichts davon. Vielmal ist die mit syphilitischen Exostosen behaftete Katze, welche Malgaigne[49]) gesehen haben will, erwähnt.

Auch das Rindvieh stand im Verdachte, mit unserer Krankheit behaftet zu sein. Dagegen schrieben schon Karl Gottlieb Neumann[50]) und Peter Benedikt Christian Graumann[51]). Aber Fr. Pauli[52]) erhielt vom Thierarzte Dub zur Untersuchung den mit „exulcerirenden Condylomen" besetzten Penis eines Stieres aus Offenbach, welcher bei den Kühen stets einen schleimigen und leicht heilbaren Ausfluss erzeugt hatte; auch bemerkte Dub, dass Aehnliches bei einem Herdstiere in Wolmersheim gesehen worden sei. Ueber die Fälle von Weigenthaler[53]), in denen ein „syphilitischer Krankheitszustand" von einem Stiere auf zwei Kühe übertragen worden sei, konnte ich nichts Näheres in Erfahrung bringen.

Zeller von Zellenberg[54]), wirklicher k. k. Leibchirurg in Wien, suchte die Entstehung der Syphilis überhaupt, also bei Thier und Mensch, aus der Polyandrie zu erklären und meinte diese ewige Neuerzeugung durch folgendes Experiment zu begründen: „Fünf Kaninchen, Männchen, und ein Weibchen, die ich vorher genau untersuchte und vollkommen gesund befand, sperrte ich zusammen. In weniger als sechs Wochen waren alle angesteckt. Am ersten zeigte sich die Entstehung der Ansteckung an dem Weibchen. Ihre Schamtheile begannen etwas anzuschwellen, und es entstanden sodann kleine Pusteln und Geschwürchen (Chancres) an den Schamlippen, aus welchen bald eine gauchigte, scharfe Feuchtigkeit aussickerte. Kurz darnach waren die Männchen angesteckt. Zwei davon bekamen Gonorrhoeam virulentam. Eines Phimosie, und die drey übrigen, geschwollene entzündete Hoden, u. s. w. Derlei Versuche haben auch Andere gemacht, und alles bestättiget gefunden".

Derselbe Schriftsteller erzählt auch bereits von der Syphilis der Feldhasen, wie von einer feststehenden Thatsache, welche ja sogar allen Jägern und Jagdliebhabern bekannt sei. Bollinger's[55]) diesbezügliche Untersuchungen liessen den Gegenstand unklar: er möchte die Krankheit der Feldhasen der menschlichen Syphilis an die Seite stellen, wenn der Nachweis ihrer Contagiosität gelänge. Prof. Müller, Director am Thierarznei-Institute zu Wien hält, einer Nachricht von I. Neumann[56]) zufolge, die Geschwüre bei den Hasen für Scrophulose und I. Neumann selbst konnte nach eigenen Anschauungen „Charakteristisches für Syphilis nicht finden".

Um möglichst Alles beisammen zu haben, was man im Laufe der Jahrhunderte bis herein in unser „aufgeklärtes Zeitalter" über die Syphilis des Menschen in ihrem Zusammenhange mit dem Thierreiche glaubte und lehrte, mögen noch einige Notizen hier Platz finden, welche ihrer Eigenartigkeit wegen unter die bereits vorgeführten nicht passend eingereiht werden konnten.

Heydendryk Overcamp[57]), ein holländischer Arzt, liess die Syphilis durch die geschlechtliche Vermischung der Indianer mit Thieren, deren Gattung er nach Astruc[58]) nicht angibt, entstehen.

Pressavin[59]), ein Lyoner Arzt, spricht für den Ursprung aus Sodomie überhaupt.

Martin Lister[60]), Leibarzt der Königin Anna, welchen die Geschichte der Medicin ebenfalls als einen der „vorzüglichsten Beobachter" seiner Zeit rühmt[61]), sagt: „haud ita absurdum esse credere luem veneream originem suam habuisse ex esu Ivanae seu Iguanae, serpentis scilicet ex quadrupedum genere, quo Indi avide vescebantur, quem in deliciis habebant, et quem Hispani ad eorum exemplum in cibis suis posuerunt".

Samuel Schaarschmidt[62]), Prof. der Physiologie und Pathologie, Mitglied der Akademie der Wissenschaften, Medicus des Charité-Krankenhauses und der Garnison zu Berlin, hängt an der Meinung, dass die Syphilis unter den Amerikanern durch „ungesunde Speisen, Würmer, Schlangen, Eidechsen, Spinnen und dergleichen Insecten; welche von ihnen gegessen wurden, entstanden" sei.

Falk[63]), N. D., „der Arzneykunst Doctor", hält den Biss der Skorpionen für die „wahrscheinlichste unter den vielen Muthmaassungen, die man über den Ursprung dieser Krankheit hat".

Kühn[64]), Johann Gottlieb, der „Arzneygelahrheit und Wundarzneykunst Doctor", registrirt blos die Entstehung der Luës durch Skorpionenbiss und spanische Fliegen ohne daran zu glauben.

Christoph Girtanner[65]), Prof. für Medicin in Göttingen, bekräftigt seine Meinung durch die Aussagen eines Augenzeugen, durch Amerigo Vespucci; wornach die geilen Weiber in Amerika, um ihre Männer zum Coitus zu reitzen, diesen eine Art, „kleiner, giftiger Insecten" an den Penis setzten, wodurch dieser aufschwoll, die Bisswunde sich dann durch und bei dem Coïtus in ein „bösartiges Geschwür" verwandelte u. s. w.

Briquet[66]) hielt am 6. September 1864 in der Akademie der Medicin in Paris einen Vortrag, in welchem er, auf (es ist mir unbekannt, welche) historische Documente gestützt, zu beweisen suchte, dass die Syphilis durch den unreinen Umgang zwischen Menschen und Ziegen entstehe.

Wenn ich auch David Forbes[67]) anführe, so geschieht dies nicht nur der mir thunlichsten Vollständigkeit halber, sondern auch deswegen, weil sogar H. Zeissl[68]) diese Mittheilung „für die Geschichte der Syphilis interessant" findet: „Forbes erzählt ferner, dass das von den Hochländern von Peru und Bolivia gehegte Alpaca (Alpaca paca) in ausgedehnter Weise an einer der Syphilis in ihren Symptomen und Affecten ganz gleichen Krankheit leiden solle, und von den Aymara-Indianern mit Mercurialpräparaten behandelt werde. Wegen dieser Erkrankung überlassen die weissen Einwohner den Aymara-Indianern die so einträgliche Gewinnung der Alpacawolle. Wie die Uebertragung der Syphilis von den Menschen auf das Alpaca stattfand, ist eine offene Frage; F. erwähnt aber, dass die Sodomie dort etwas alltägliches sei, und dass unter den Incas ein strenges Gesetz gegen die letztere bestand und selbst nach der spanischen Eroberung wurde ein altes Gesetz strenge gehandhabt, laut dessen die Llamatreiber nur in Begleitung ihrer Frauen sich auf ihren Reisen aufhalten durften".

Dass gleichsam entgegen allen den bunten Angaben, wornach die Syphilis von irgend einer Thierspecies auf den Menschen ursprünglich übertragen worden sei, eine Anzahl Thiere von verschiedenen Aerzten geradezu als Heilmittel gelobt wurden, (z. B. Vipern von Sebastian Aquilanus[69]) und Jacob Cataneus[70]);

Schlangen und Aale von Johann Benedictus[71]) und Petrus Andreas Mathiolus[72]); Eidechsen von Josef Flores[73]) (Florez), Giambattista de Meo[74]), Francesco Trivisan[75]), Omobon Pisoni[76]), G. B. Marzari[77]), Monerony[78]), Bassiano Carminati[79]), Joh. Jac. Römer[80]); rothe Gartenschneken von Dr. Ritter[81]); Ameisenbisse von Leblond[82]); Kellerassel von Christ. Feuerlein[83]); Magensaft von Carminati[84]); calcinirte Zungensteine von Lanconius[85]); Frösche und Tauben als Prophylactica von Caspar Torella[86]) etc., dass in China, wie Barrow[87]) erzählt, das Fleisch von kleinen Kindern einen Tag um den andern genossen und Krötenwein, dessen Bereitung uns Astruc[88]) angibt, gegen Syphilis hilft) sei nur so nebenher bemerkt.

## Zufällige Uebertragungen.

Obschon im Alterthum der Verkehr des Menschen mit den Hausthieren ein innigerer war und wir auch schon bei Moses[89]), Plutarch[90]), Lucretius[91]), Juvenal[92]) u. A., betrübende Kenntnisse von der Ausbreitung desjenigen Lasters erhalten, welches den Menschen sogar weit unter das Thier stellt, so sind dennoch aus jener Zeit zufällige Uebertragungen der venerischen Krankheiten von den Menschen auf Thiere oder von diesen auf jene nicht bekannt, oder doch wenigstens nicht verzeichnet worden. Zum mindesten weiss Julius Rosenbaum[93]), welcher die gesammte einschlägige Literatur auch nach dieser Richtung emsig durchforschte, darüber nichts zu berichten. Den ältesten Fall dieser Art erzählt Abu Oseibia[94]), welchen Joh. Jac. Reiske[95]) in folgender Weise wiedergibt: „Caput XIII habet observationem. — 2. de ingenti penis inflammatione, quae nata fuerat ex impuro cum bestia concubitu, cum caruncula urethram obstruente, sanata modo prorsus empirico atque crudeli. Impositum glabro lapidi penem medicus subito praeter aegri expectationem, qua poterat, vi percutiebat manu in pugnum coacta, ut obturaculum et ulcus dissiliret. Sapit hic casus luem veneream; et posset inservire illis pro argumento, qui morbum hunc etiam veteribus cognitum fuisse contendunt. Cadit autem is casus circa annum Christi 940."

Die Schrift eines Ungenannten[96]) aus der Zeit vor der Reformation enthält eine Satyre über die Verderbniss der Welt und den bevorstehenden Untergang derselben und darin die Stelle:

„Ternis est libido foeda
Conjuncta pedissequis,
Per quas totum replet mundum
Vaga petulantia,
Quarum trium vix est ullus
Non foedatus macula,
Scilicet adulterorum
Post hanc immunditia,
Et leprosa Sodomorum
Tertiant contagia".

Carolus Musitanus[97]) erzählt: „Ich habe einst eine Hure gekandt, die allenthalben voll hässlicher Geschwüre war, und ein Schosshündlein hatte, welches sie gewöhnet, ihre Geschwüre zu lecken. Dieses ward einige Zeit hernach ganz reudig, bekam im Maule böse Geschwüre, wie auch an den Geburts-Gliedern, und starb auch daran".

Ueber die Schrift des Caesar Ruggieri[98]), welche sogar zwei Auflagen erlebte, können wir uns mit den blossen Titeln derselben zufrieden geben.

Von Joh. Fr. Hoffmann's[99]) Aufsatz referirt Hacker[100]): „Er sah am Arme eines Metzgers, der sich beim Schlachten einer mit der sogenannten Franzosenkrankheit behafteten Kuh verwundete, Geschwüre und Hautwucherungen entstehen, die den syphilitischen Condylomen bei Menschen ganz ähnlich waren".

Pietro Gamberini[101]), Professore di sifilografia e dermatologia nella R. università di Bologna, welchen wir doch ernst zu nehmen gewöhnt sind, berichtet: „Sempre in relazione col trapasso del virus venereo dall' uomo al bruto, dirò quanto scrivevami il collega dottor Pistocchi con sua lettera del giugno 1850. — Una cagna di anni 4 circa, di razza Bracca, di statura mezzana, di carattere vivacissimo, e bene nutrita, la quale era solito vedere spessissimo, cadde d'improvviso malata, Jocchè conobbi, dalla tristezza in che venne: questa, prima solita ad accarezzarmi ed a saltarmi addosso, non piu mi curò ne si curava d'altri: beveva molto e non mangiava, camminava a stento tenendo divaricate quanto piu poteva le gambe posteriori, e secondando i moti

di esse con tutto il corpo, per cui scorgevasi tumida all' ano, alla vulva, e colle labbra di questa grosse e rovesciate in fuori; si denutri a segno che in breve parve quasi scheletro. Io potei sapere da un medico e da varie persone che un tale infetto da male venereo ulceroso aveva brutalmente praticato il coito colla cagna. La povera bestia durò ad essere cosi malata per due anni circa; non so se fosse curata: so solamente che di continuo si forbiva colla lingua la vulva, e che di quando in quando prendeva bagni all' acqua corrente. Guari finalmente ma non sopravvisse molto; parmi non figliasse piu mentre prima era fecondissima. Quanto all' origine venerea della malattia della cagna era cosa nota ad un buon numero di persone che convenivano giornalmente nella casa dei padroni di questo animale".

Alfred Fournier [102]) zählt unter 326 Fällen von indurirten Schankern, deren Uebertragung, beziehungsweise Ansteckungsquellen er durch Confrontation im Hospital ermittelt hatte, vier Fälle von Sodomie; doch bringen wir lieber die betreffende Tabelle: „1° Malades observés à l'hôpital.

Malades tenant des chancres indurés de:

| | |
|---|---|
| Filles publiques (filles en maison ou filles libres) | 234 |
| Filles exerçant la prostitution clandestine . . . | 39 |
| Ouvrières . . . . . | 25 |
| Domestiques . . . . . | 14 |
| Femmes mariées . . . . . | 10 |
| Sodomites . . . . . | 4 |
| | 326". |

Ein anders gearteter Fall, welcher viel von sich reden machte, und für welchen sich sogar die italienische Regierung interessirte, wird folgend [103]) erzählt: „Eine Amme hatte ihr mit Syphilis behaftetes Kind in einem Eimer gebadet, aus dem inzwischen eine Kuh ihr Getränk erhielt. Nach ungefähr zehn Monaten bekam jene Kuh Ulcerationen um das Maul und wurde überhaupt leidend; bald erkrankten in ähnlicher Weise auch ein Stier und andere Stücke derselben Heerde, weshalb ganz allgemein die Meinung auftauchte, dass diese Thiere syphilitisch afficirt worden seien". Jedenfalls stammt aus dieser Heerde die syphilitische Kuh, welche zu Mailand in einer eigenen Schaubude eine Zeit lang zu sehen war.

Ebenso bekannt ist die syphilitische Katze, welche Vernois und Nivet beobachtet haben. Lancereaux[104]) sagt darüber: „Un chat qui avait l'habitude de manger de la charpie imprégnée des matières sanieuses et purulentes des chancres, des plaques muqueuses et des ulcères vénériens provenant des malades de l'hôpital du Midi, succomba à une cachexie syphilitique, après avoir longtemps présenté sur les lèvres et dans la gueule des ulcérations caractéristiques. On découvrit à l'autopsie plusieurs os atteints de périostoses, d'exostoses et de caries". Auzias-Turenne[105]) bemerkt hiezu: „M. Vernois et son collègue M. Nivet, aujourd'hui professeur à Clermont-Ferrand, ont suivi les développements de cette maladie et ont sacrifié à propos l'animal, de peur qu'il ne leur échappât. Celui-ci offrait de nombreuses exostoses. Ses os ont été préparés par M. Nivet, qui les a déposés au musée Dupuytren. Ce chat n'avait jamais pris de mercure".

## Inoculationsversuche mit negativen Resultaten.

Gerne hätte ich die einzelnen Experimente mit negativen Resultaten nach den Arten der zur Impfung verwendeten Secrete neben einander gestellt, um so eine bessere Uebersicht zu erhalten; es sind jedoch die meisten Angaben hierüber so ungenau, dass sich eine solche Eintheilung nicht ausführen lässt und ich mich auf die chronologische Ordnung beschränken muss.

John Andree[106]) berichtet: „Man hat es bey Hunden versucht, und ihnen venerische Materie in Wunden und die Zeugungstheile eingerieben, es hat aber dieses nie bey ihnen eine Wirkung hervorgebracht, die einem Zufalle dieser Krankheit ähnlich gewesen wäre".

Die Berichte über John Hunter's[107]) und William Turnbull's[108]) Experimente habe ich zwar schon in meinem vorigen Artikel über „die Lehre von den venerischen Contagien im achtzehnten Jahrhunderte"[109]) im Wortlaute des Originals vorgeführt; dennoch mögen diese der leichteren Uebersichtlichkeit wegen hier wiederholt sein. Hunter sagt: „I have repeatedly soaked lint in matter from a gonorrhoea, chancre and bubo, and introduced it into the vagina of bitches, without producing any effect. I have also introduced it into the vagina of asses, without any effect. I have introduced it under the prepuce of dogs, without any effect.

I have also made incisions and introduced it under the skin, and it has only produced a common sore. I have made the same experiments upon asses, with the same result".

Turnbull's Bericht lautet: „It was my intention to have annexed to these observations a few experiments which I had made, in order to ascertain the effects of the Venereal Virus on different animals, but they seemed to me so unsatisfactory as not to merit attention. The experiments were made on the following animals, viz; the dog, cat, and rabbit. From the result of these, it appeared that none of them were the least susceptible to the Venereal Poison, either when given into the stomach, or applied to the organs subservient to generation, or to incision made on any exterior parts of their bodies".

Babington wird von Lancereaux [110]) unter den Experimentatoren genannt, ohne die Quelle anzugeben; ich konnte von Babington diesbezüglich nur folgende Aeusserung [111]) auffinden: „Experimente an Thieren sind unmöglich, weil die Krankheit auf die menschliche Gattung beschränkt scheint".

Ueber Velpeau's Inoculationen sagt Auzias-Turenne [112]): „M. Velpeau a fait une douzaine d'expériences, sur des chiens, des moutons et des lapins, auxquels il a inséré du pus de chancres et de bubons. Rien que 12 expériences, 4 à peu près pour chaque espèce d'animal et 6 pour chaque matière. J'en avais fait, moi, dix fois davantage, sans avoir rien trouvé ni rien dit! Le succès enfin a été le fruit de ma persévérance et de mes efforts". — „M. Velpeau, né en 1795, tentait l'inoculation de la syphilis aux animaux en 1817 ou 1818".

H. de Castelnau [113]) spricht: „J'ai moi-même essayé six fois, et par plusieurs piqûres chaque fois, d'inoculer le pus de chancres récents sur des chiens; je n'ai obtenu aucun résultat".

Was Ricord [114]), der heftigste Gegner der Thier-Syphilis, in allen seinen Schriften bis zum Jahre 1860 vorbrachte, ist im Wesentlichen Folgendes: „Je répète donc avec tous les syphilographes sérieux du passé, je proclame avec mes deux savants collègues du Midi M. M. Puche et Cullerier, que les animaux sont réfractaires au virus infectant, et que la syphilis ne leur est pas transmissible". — „J'ai tenté l'inoculation du pus syphilitique, pris dans toutes les conditions possibles, sur des chiens, sur des

chats, sur des cochons d'Inde, sur des lapins, sur des pigeons, qu'on avait dit être bientôt tués par l'absorption du virus vénérien". Ob sich Ricord in einem Artikel[115]) aus dem Jahre 1864 anders ausgesprochen hat, weiss ich nicht; doch bezweifle ich es, da die Bibliographie allein davon Erwähnung that.

Puche[116]) gab nur eine mündliche Mittheilung und jedenfalls auch die Ermächtigung zu ihrer Publication: „J'ai tenté l'inoculation du chancre sur un nombre considérable d'animaux (lapins, chats, cochons d'Inde, poules, etc. . .) et je n'ai jamais obtenu un seul résultat positif. J'affirme que la piqûre ne produit même pas d'irritation locale, lorsqu'elle est abandonnée a elle-même".

Jul. Davasse[117]) berichtet über Inoculationen, welche in der Lourcine unter Cullerier's Leitung an zwei Schweinen, einem Hunde und einem Affen mit „venerischem Eiter aus drei syphilitischen Geschwüren von ganz verschiedenem Charakter" resultatlos vorgenommen wurden. Ein Versuch, den Davasse an dem Affen später allein anstellte, fiel ebenso aus; auch die von den Doctoren Helos und Tessier, welche nicht besonders veröffentlicht wurden.

Von Cullerier[118]) berichtet Hacker[119]): Er selbst stellte mehrere Versuche an, ohne die von Auzias gegebenen Cautelen unberücksichtigt zu lassen, allein nie sah er die Pustel, nie die mindeste Neigung zur Ulceration nachfolgen. . . . . Die Versuche, welche Auzias auf Cullerier's Bitten unter dessen Augen vornahm, blieben ebenfalls erfolglos. Cullerier kam nun auf den Affen zurück, von welchem Auzias der Gesellschaft die Haut vorgezeigt hatte, und läugnete, die mindeste Spur einer syphilitischen Roseola an ihr entdeckt zu haben".

Hertwig[120]) „überimpfte Eiter, Lymphe, Schleim aus syphilitischen Geschwüren von männlichen und weiblichen Personen, bei denen das Leiden recht vollständig entwickelt war, aber eine medicinische Behandlung noch nicht eingeleitet war, auf Pferde, Rinder, Ziegen, Schweine, Hunde und Kaninchen; er konnte darnach keine andere Wirkung wahrnehmen, als nach ungefähr 29 Stunden langer Einwirkung eine etwas vermehrte Röthung der betreffenden Stellen, die aber am folgenden Tage wieder spurlos verschwunden war".

Depaul[121]) machte in Gegenwart mehrerer Fachmänner drei Reihen von Inoculationen an zwei jungen Kühen; die erste und

dritte Reihe mit Eiter von indurirten Schankern, die zweite von einfachen Schankern. Resultat negativ.

A. Fournier[122]) stellte sechs Versuchsreihen, davon einige im Vereine mit den Doctoren Lanoix und Danet an: 1. Zwei Kaninchen mit Eiter von einfachen und indurirten Schankern und plaques muqueuses. 2. Ein Kaninchen von einem „énorme chancre phagédénique". 3. Ein Kaninchen mit demselben Schanker. 4. Eine junge Kuh ebenso. 5. Ein Kaninchen von plaques muqueuses. 6. Eine junge Kuh mit phagedenischen Schankern. — Resultat stets negativ.

Amilcare Ricordi und Felice Dell' Acqua[123]) wurden in Folge des oberwähnten Falles von Uebertragung der Syphilis eines Kindes auf mehrere Stücke Rindvieh von der italienischen Regierung beauftragt, zahlreiche Impfversuche an Thieren anzustellen; dieselben fielen nach allen Berichten, welche ich in der Literatur über die Schrift dieser Aerzte eingesehen habe, in Bezug auf die Syphilis als constitutionelle Erkrankung, negativ aus. Leider vermochte ich auch diese Schrift nicht aufzutreiben.

A. C. J. Michaelis[124]) bemerkt wiederholt, dass ihm jeder Versuch Syphilis auf Thiere zu übertragen, misslungen sei; mehr sagt er jedoch nicht.

Horand und Peuch werden von Lancereaux[125]) unter jenen Experimentatoren angeführt, welche negative Resultate erhielten.

Rosner, Rinecker und Ziegler stellt I. Neumann in dieselbe Reihe, und ich will sie im guten Glauben, dass kein Irrthum in der Berichterstattung unterlaufen ist, ruhig dort stehen lassen.

Rebatel und Blanc[126]) übertrugen blennorrhagischen Eiter auf die Schleimhäute der Augen, Eicheln und Harnröhren von Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen, ebenso impften sie diese Thiere in angeblich zahlreichen Reihen mit Eiter von einfachen Schankern, dann eine junge Hündin mit syphilitischem Schanker „de la forme papuleuse" und injicirten einem jungen Hunde 150 Grm. defibrinirtes Blut von einem secundär syphilitischen Manne in die Vena jugularis mit durchwegs negativen Resultaten.

I. Neumann[127]) inoculirte mit Secreten von recenten Sklerosen, breiten Condylomen und dem „Eiter venerischer Geschwüre" drei Affen, ein Pferd, einen Hasen, ein Kaninchen, ein Meer-

schweinchen, einen Marder, eine weisse Ratte und eine Katze, und hatte durchwegs negative Resultate. Wir wollen dem Leser zwei von diesen sonderbaren Experimenten vorführen: „Am 20. Jänner 1882 wurde einem Kapuzineraffen (Cebus capucinus), Männchen, der in Folge einer von Stricker vorgenommenen partiellen Abkappung der rechten Stirn- und Scheitelwindungen linkerseits halbseitig gelähmt und auch sonst sehr zahm war, die Haut über der linken Stirn- und Schläfegegend abrasirt, sorgfältig mit Carbollösung gereinigt und mittelst Impflanzette speckig-eitriger Beleg einer Sklerose unmittelbar vom Patienten weg inoculirt. An keinem der folgenden Tage konnte an der Impfstelle irgend eine Veränderung nachgewiesen werden. Der Affe ging am 3. Februar, also nach vierzehntägiger Beobachtungsdauer, zu Grunde. Die von Stricker vorgenommene Section ergab Lungentuberculose als Todesursache, aber keine auf Luës zu beziehenden Symptome, weder an der Impfstelle, noch sonst am Körper".

Also die mit Carbollösung bearbeitete Haut eines im letzten Stadium der Tuberculose befindlichen, halbseitig gelähmten, halbtodten Affen, wurde geimpft und nach 14, sage vierzehn Tagen, noch keine Luës!

Doch hören wir weiter:

„Am 24. August nahm ich bei einem Hasen (Lepus timidus) an der Rückenhaut, sowie an zwei Stellen der Afteröffnung Impfungen mit frischem Eiter von weichem Schanker vor, ohne dass auch in dem Falle bei dem allerdings 24 Stunden nach der Impfung erfolgten Tode des Hasen die Impfstellen irgend eine Veränderung dargeboten hätten".

Prof. Bayer[128]), am Wiener Thierarznei-Institute, hat ein Pferd mit „dem Eiter einer Sklerose" und ein Schwein „mit syphilitischem Exsudate" erfolglos geimpft. Beobachtungsdauer unbekannt. Resultat negativ. Derselbe machte auch in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 11. Mai 1883 eine vorläufige Mittheilung über eine Versuchsreihe an Schweinen und Ziegen. „Der Erfolg war conform den Untersuchungen Neumann's ein durchaus negativer[129])".

H. Auspitz[130]) spritzte (1869) einem Hunde das Secret einer Hunter'schen Induration, einem Kaninchen den Eiter von breiten Condylomen und einem Hunde den Eiter von weichen

Vorhautgeschwüren eines Syphilitischen — nachdem diese Secrete in defibrinirtem Blut dieser Thiere gelöst worden waren, in die Vena jugularis. Resultate negativ; die Thiere gingen an Peritonitis zu Grunde. Beim letzten der Hunde verwandelten sich nach acht Tagen die Einstichsstellen der Morphininjectionen, welche auf der Bauchhaut zur Narkotisirung gemacht worden waren, in Ulcerationen mit harter Basis, die aber bald verheilten. Injectionen von Secret dieser letzteren in das Ohr und die Schnautze eines anderen Hundes blieben ohne Folgen.

Etliche negativ ausgefallene Experimente in Beziehung auf die constitutionelle Syphilis sollen, um Wiederholungen zu vermeiden im kommenden Abschnitt vorgeführt werden.

## Inoculationen mit positiven Resultaten.

### a) Einfache Schanker.

Auzias-Turenne[131]) ist gegenwärtig unbestritten der Erste, dem die Uebertragung von einfachen Schankern von Menschen auf Thiere und von diesen zurück auf jene gelungen ist. Seit mehr als sechzig Jahren hatten sich viele, darunter einige hervorragende Aerzte veranlasst gefunden, die Uebertragung der venerischen Affecte vom Menschen auf die Thiere zu versuchen; Ricord, der Meister mit der Impflanzette, welcher sich durch seine tausend Inoculationen unsterbliche Verdienste (allerdings neben einigen groben Fehlern) um die Syphilislehre erworben hatte, stand an der Spitze dieser Experimentatoren, — umsonst; die Resultate waren immer negativ. Es würde für diese flüchtige Skizze zu viel Raum beanspruchen, wenn ich in dieses überaus interessante Capitel der Geschichte der Syphilidologie und namentlich in die Leiden und Kämpfe des Auzias-Turenne näher eingehen wollte. Solche Skizzen, welche bei so viel Materiale knappen Umfang haben und die befruchtende Kritik dem Leser überlassen müssen, vertragen nur den kurzen, dürren Ton des Reporters. Allein eine Bemerkung vermag ich hier nicht zu unterdrücken. Wer immer zur Untersuchung oder Entscheidung der in Verhandlung stehenden Fragen die Impflanzette in die Hand nehmen will, studire vorerst ausser der französischen Literatur ganz besonders die Schriften des Auzias-Turenne. Ehe ich diesen bedeutenden Mann an dieser Stelle ver-

lasse, um im nächsten, bei weitem wichtigeren Abschnitte noch einmal auf ihn zurückzukommen, will ich nur noch kurz die Thiere anführen, an denen er mit Erfolg impfte: „Voici la liste des animaux sur lesquels j'ai jusqu'à présent réussi: 1. Le singe. C'est sans contredit celui sur lequel le chancre se développe le mieux. 2. Le chien. M. Lallemand a vu des chancres à des chiens. 3. Le chat. 4. Le renard. 5. Le lapin. 6. Le bouc. 7. Le rat. Dass Auzias-Turenne seine Experimente häufig vor vielen Aerzten machte, die Resultate in ärztlichen Vereinen vorstellte, mitunter aber auch erfolglos inoculirte und darum verdächtigt wurde, ist, wie ich glaube, allen mit der Literatur nur halbwegs vertrauten Fachgenossen bekannt.

Langlebert[132]) erzählt: „En juin 1850, à l'époque ou la transmission de la syphilis aux animaux était à l'ordre du jour, voulant juger par moi-même cette intéressante question, je m'étais procuré un singe que, de concert avec M. Auzias, j'inoculai à plusieurs reprises. Nous produisîmes très-facilement des chancres. L'un d'eux même parut s'indurer; mais dix mois après la cicatrisation de ces chancres, l'animal, que j'avais tenu pendant tout ce temps en observation, n'avait encore présenté aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Vers cette époque, je l'inoculai de nouveau, et j'obtins encore un chancre qui, pas plus que les premiers, ne donna lieu à l'infection générale. L'animal mourut l'année suivante de phthisie pulmonaire".

Robert von Welz[133]) bespricht die drei Inoculationen, welche er selbst und eine davon Ricord von einem mit Schankern behafteten Affen auf seinem Arme vorgenommen hatte, mit jener Ausführlichkeit und Erwägung der kleinsten Umstände, wie sie eben damals in der so sehr angezweifelten Sache nothwendig war; kürzer fasst er einen vierten Versuch, welcher sich als Anhang zu seiner deutschen Schrift findet: „Am 24. Juli (1851) impfte ich mich noch einmal mit Eiter aus dem Schanker einer Katze, den Auzias an deren Ohr auf gleiche Weise wie bei dem Affen erzeugt hatte. Die Inoculation gelang vollkommen auf meinem rechten Arme und am fünften Tage hatte sich der Schanker deutlich entwickelt; hievon impfte ich mit Auzias einen Affen im Jardin des plantes auf die schon früher angegebene Weise in drei nebeneinander befindlichen Stellen hinter dem Ohre. Innerhalb

vier Tagen entwickelten sich Geschwüre, die alle Charaktere eines Schankers so deutlich zeigten, als ich sie nur je beim Menschen wahrgenommen; sie flossen in eins zusammen und zeigten eine Tiefe von einer halben Linie". Die Schanker an dem Arme von Welz sahen ebenfalls zahlreiche Aerzte, unter diesen: Velpeau, Vidal, Cullerier, Lebert, v. Graefe und Lindwurm, und „Niemand", sagt Welz, „zweifelte an den charakteristischen Symptomen des Schankers", welchen er auch der biologischen Gesellschaft in öffentlicher Sitzung vorzeigte.

Diday[134]) ist nicht minder ausführlich und darum muss ich mich ebenfalls auf einen kurzen Auszug beschränken. Er impfte eine junge Katze mit dem Eiter eines seit drei Wochen bestehenden Schankers von einem 19jährigen Burschen. Von dieser Katze impfte Diday ebenfalls mit positivem Erfolge zwei andere Katzen an den Ohren und sich selbst auf die Vorhaut seines Gliedes. Sein Geschwür wurde sogar phagedänisch und war noch obendrein von einem Schankerbubo gefolgt, welcher die Zeit vom 10. März bis 5. Juli 1851 zu seiner Heilung in Anspruch nahm. Von dem Geschwüre, welches Diday an seinem Präputium hatte, impfte er auch noch zwei Kaninchen und erhielt gleichfalls Schanker. Alle diese Experimente wurden stets unter den Augen einer bedeutenden Anzahl von Aerzten, darunter etlichen namhaften Specialisten, wie Rodet und Rollet vorgenommen. Alle Fehlerquellen, wie vorhergegangener oder nachgefolgter Coitus, unreine Hände, besudelte Instrumente u. s. w. wurden auf das sorgfältigste berücksichtigt und werden alle derartigen etwaigen Einwände dagegen von vornherein energisch zurückgewiesen.

Waller[135]) berichtet: „Am 22. September (1851) wurde an einem weiblichen Kaninchen die Inoculation vorgenommen. Diese geschah am Eingang der Vagina linkerseits mit Schankereiter, den ich von einem mit primären Geschwüren der Eichel und Vorhaut behafteten Manne nahm. Am 23. September war an der Impfungsstelle nichts zu beobachten; am 24. bemerkte ich um den Einstichspunkt eine leichte Röthung und Schwellung der Schleimhaut, und in der Mitte der gerötheten Stelle einen mohnkorngrossen weissen Punkt, der sich als festes, nicht abstreifbares Exsudat im Gewebe der Schleimhaut darstellte. Dieser Punkt ward grösser und am 28. war an der Stelle desselben ein Ge-

schwürchen sichtbar. Dasselbe war hanfkorngross, länglich, sehr seicht, so zwar, dass man den Substanzverlust erst dann deutlich wahrnahm, wenn man die Stelle von der Seite betrachtete. Die ganz kleine Geschwürsfläche war mit gelblichem weissem Eiter bedeckt, die umgebende Schleimhaut geröthet und geschwellt. Am 30. September war bei gleicher Umgebung das Geschwürchen breiter und tiefer, und hatte die Form eines Viertelsegments eines Kreises angenommen; durch den Eiter ragten am Grunde desselben mehrere dunkelrothe, leichtblutende Granulationen hervor. Induration der Basis war nicht zugegen. Am 1. und 2. October breitete es sich weiter aus, erreichte die Grösse einer grossen Erbse, verlor seine rundliche Form und nahm eine unregelmässige Gestalt an. In dieser blieb es unverändert bis zum 7. October, wo es anfing kleiner zu werden. Am 20. October war es geschlossen; an der Inoculationsstelle war ein sehr acuter Katarrh der Schleimhaut zurückgeblieben. Um mich zu überzeugen, ob das Geschwürchen ein virulentes sei, nahm ich am 2. October mittelst einer Impfnadel etwas Eiter von demselben und inoculirte diesen bei einem 16jährigen Mädchen, die an Lupus behandelt wurde. Schon am 3. October zeigte sich die hanfkorngrosse, rothe, harte Papula, am 4. war die charakteristische Pustel gebildet, deren Hof und Grund roth und hart waren. Am 6. schritt ich wegen raschen Wachsthums der Pustel zur Zerstörung derselben mit Wiener Aetzpasta. Nichts destoweniger bildete sich das bekannte trichterförmige Geschwür, das erst nach 8 Wochen bei der aufmerksamsten Behandlung zur Heilung gebracht wurde. Am 6. October vor Zerstörung der Pusteln bei dem Mädchen inoculirte ich den Eiter derselben bei einem andern Mädchen, das mit Lupus syphiliticus auf der Abtheilung lag, und sah auch hier dieselbe rasche Entwickelung der primar syphilitischen Pustel. Die bei den Mädchen erzeugten Geschwüre hatten alle Symptome, wie sie nur diesen Geschwüren nach Ricord's herrlicher Schilderung zukommen".

Von Pruner und Seccado führt Sigmund [136]), der sein Leben hindurch viel geschrieben und wenig citirt hat, als ausländische Experimentatoren an, denen die Uebertragung von Schankereiter auf warmblütige Thiere positive Resultate gab.

Sigmund [137]) selbst hat Katzen, Hunde, Schafe, Ziegen, Pferde und Kälber und von diesen zurück auf den Menschen mit

Erfolg geimpft; seine zahlreichen Experimente setzte er durch etliche Jahre fort und wiederholte sie in jedem einzelnen seiner damals sehr kurzen Curse. Sigmund sagt: „dass alle Impfversuche öffentlich und in der Regel vor den Zuhörern meiner Klinik gemacht wurden und fortgesetzt werden; jedem Berufsgenossen steht zu den gewöhnlichen Stunden der Klinik und des Dienstes in der Abtheilung der Zutritt für die eigene Beobachtung offen". — „Die Uebertragung der Syphilis auf Thiere durch die Impfung mit Schankereiter ist eine Thatsache, von deren Richtigkeit sich Jedermann überzeugen kann, wer eben nur impfen will". — „Mit dem Eiter von primären Schankern wurden die ohnehin bekannten Erfolge gewonnen; man machte davon für diagnostische und klinische Zwecke Gebrauch, für diese auch die Impfung auf Thiere, welche bei gehöriger Vorsicht selten fehlschlägt. Wiefern aus solchen Impfungen auf Thiere secundäre Formen entstehen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten".

Melchior Robert [138]) beansprucht für seine Experimente ebenfalls soviel Raum, dass wir uns nicht entschliessen können, sie im Original wiederzugeben. Robert impfte mit dem Eiter von einfachen Schankern eine Katze; von dieser sich selbst und eine zweite Katze. Bei den Thieren erhielt Robert blos einfache Geschwüre; zu den seinigen gesellte sich Lymphangoitis und Lymphadenitis des linken Armes, an welchem er eben die Inoculation vorgenommen hatte.

C. Sperino [139]), vertraut mit den Erfolgen seiner Zeitgenossen, ist selbst bescheiden genug, um seinem Experimente irgend welche grössere Bedeutung beizumessen, und darum dürfen wir wohl mit zwei Zeilen abthun, wofür Sperino zwei Seiten benöthigte. Er impfte ein rotzkrankes Pferd von Schankern und erhielt Geschwüre, die nach 20 Tagen vernarbt waren.

Wilhelm Boeck [140]) inoculirte „mit syphilitischer Materie, die von einem in England geholten Schanker ausgegangen war und später ein Mädchen mit constitutioneller Syphilis passirt hatte, eine 4 Jahre alte Katze". Eine Rückimpfung von der Katze auf den Träger des Impfstoffes (jenes Mädchen) haftete nicht, wohl aber auf ein anderes Mädchen. Die Katze brachte 13 Tage nach der ersten Inoculation vier gesunde Junge zur Welt, die alle zwei Tage hinter den Ohren ohne Erfolg geimpft wurden, weil die Alte

beständig die wunden Stellen beleckte. Secundäre Erscheinungen der Syphilis sah Boeck an der alten Katze trotz mehrmonatlicher Untersuchung nicht.

Maunoury (de Chartres [141]) gelangt nach einer Reihe von Experimenten zu folgenden Schlüssen, für deren richtige Wiedergabe das unten gleichzeitig genannte Sammelwerk gut stehen muss: „1. Schankereiter, Thieren inoculirt, ruft gar keine Erscheinungen hervor. 2. Ein ganz oder theilweise ausgeschnittener frischer Schanker in das Unterhautzellgewebe des Halses eines Kaninchens gebracht, führt daselbst zu einer eitrigen Entzündung mit Anschwellung der Lymphdrüsen des Halses. 3. Die Entzündung kann so heftig werden, dass sie in einem Falle den Tod des Thieres herbeiführte. 4. Der indurirte Schanker, in das Unterhautzellgewebe von Thieren gebracht, ruft keine eiterige Entzündung hervor".

Basset [142]) erklärt: „Toutes les fois, écrivait-il en 1860, que j'ai inoculé du pus de chancre simple à des animaux, j'ai obtenu un ulcère de forme et de dimension variables, mais présentant toujours pour caractère pathognomonique de pouvoir s'inoculer de nouveau autant de fois qu'on le désire au porteur, ou à tout autre animal, sans en excepter l'homme ... Mes inoculations de chancres syphilitiques ont été plus nombreuses que mes inoculations de chancres simples. Eh bien, malgré tous les soins que j'ai apportés à ces dernières expériences, je n'ai jamais pu obtenir un résultat positif".

Ricordi [143]) hat, einer Nachricht von Bumstead [144]) zufolge, im Jahre 1868 über eine Reihe von Impfungen mit Schankereiter und den Secreten syphilitischer Affecte an Kaninchen berichtet. Die Impfungen ergaben dasselbe Resultat, wie bei Basset; d. h. Schankereiter wurde mit positivem, Syphilissecret mit negativem Erfolge übertragen. Völlig neu war unter seinen Experimenten nur, dass bei einem der mit Schankereiter geimpften Kaninchen ein suppurirender Bubo entstand, von welchem mit Erfolg ein anderes Kaninchen inoculirt wurde.

H. Zeissl [145]) sagt: Von uns sind mehrmals Impfungen an Thieren ausgeführt worden. Es entstanden in Folge solcher Impfungen häufig schankerähnliche Geschwüre, aber unseres Wissens niemals Syphilis. Wir impften mit warmem Blute, welches durch

Schröpfung syphilitischen Individuen entnommen wurde, sowie mit dem Menstrualblute syphilitischer Weiber an Kaninchen und Tauben ohne Erfolg. Ein Kaninchen, dem wir etwas Blut eines syphilitischen Weibes hypodermatisch injicirten, blieb ebenfalls gesund und warf, nachdem es von einem gleichzeitig geimpften Männchen geschwängert wurde, zur rechten Zeit kräftige lebendige Junge".

Dass Max Bockhart[146]) Gonococcen aus einer Reincultur vierter Generation mit positivem Erfolge auf die Harnröhre eines Mannes übertrug, gehört wohl streng genommen nicht in diesen Abschnitt; jedoch wollte ich für diesen einzelnen Fall keinen aparten Platz aufstellen.

### b) Constitutionelle Erkrankungen.

Die Berichte des Auzias-Turenne über seine Inoculationsversuche an Thieren sind weitaus umfangreicher[147]), als die vorliegende Skizze für den ganzen Gegenstand Raum beanspruchen will. Es können darum auch in diesem Abschnitte nur die Hauptmomente angedeutet werden. Auzias-Turenne erzählt: „Le sujet de ces expériences est une macaque âgée de 2 à 3 ans. J'ai fait toutes les inoculations du 17 au 26 juillet 1850, en présence de plusieurs témoins, chez le Dr. Langlebert, auquel l'animal appartient, ainsi que le mérite de plusieurs des observations suivantes. Le pus est pris sur un malade de M. Vidal; ce malade a un chancre à la partie inférieure du prépuce, dont le pus s'est inoculé dans deux endroits de la face correspondante du scrotum; le pus est ramassé sur les trois ulcérations. Tous ces chancres, observés exactement, ne montrent aucune trace d'induration". „Chancre mastoïdo-auriculaire droit supérieur, 13. jour: Il est presque complétement cicatrisé; Ulcus elevatum; induration manifeste". Der Leser weiss, wie Langlebert über diesen Affen berichtete; Auzias-Turenne notirte von denselben: „28 avril 1851. Mes prévisions relativement à la syphilis constitutionnelle se sont réalisées; ce singe a été atteint d'une ophthalmie, et a maintenant encore une syphilide crustacée bien caractérisée. La croûte en est symétrique et circinée; elle a du reste été longtemps précédée, et est accompagnée d'un état maladif qui ne ressemble en rien aux états morbides habituels du singe".

Am 26. März 1865 impfte Auzias-Turenne mit der „matière de plaques muqueuses“ eine Katze, bei welcher dann von Ende Juni desselben Jahres an eine Reihe von constitutionellen Erscheinungen auftraten, die Auzias-Turenne folgend zusammenstellt: 1. Des plaques muqueuses péri-unguéales, qu'un ouvrier a trouvées ressemblantes avec celles qu'il avait eues aux bourses. Par la suite, les matrices des ongles, qui en avaient été le siége, sont redevenues et sont restées pendant plusieurs jours humides; mais ce symptôme a depuis longtemps disparu (5 février 1867). 2. Des croûtes acné iques généralisées, symptôme qui persiste avec opiniâtreté. On connaît la persévérance des croûtes de ce genre sur le crâne de certains sujets syphilitiques. Les choses se passent chez mon chat absolument de même que chez eux, mais sur une plus large surface. 3. Des gommes cutanées. 4. Une alopécie. Enfin, je n'ai pas été sans inquiétude relativement à l'intégrité de l'organe olfactif de mon chat“. An einer anderen Stelle findet sich die Syphilis der Thiere in 25 Punkten allgemein charakterisirt; davon erscheint mir bemerkenswerth: „J'ai entrevu la roséole sur le singe et le chat. Les croûtes acnéiques disséminées constituent un symptôme commun et persistant chez les animaux. Elles offrent chez le singe, le chat et le lapin les mêmes caractères que chez l'homme, à cette différence près que, bornées au cuir chevelu et á quelques régions pileuses de l'homme, elles se généralisent sur le corps des animaux. Une chatte syphilitique a mis bas des petits entachés de syphilis, puis elle est devenue stérile“.

Gailleton [148]) hat, wie ich dem Jahresberichte von Virchow und Hirsch entnehme, über eine „acneartige consecutive Eruption an einem Kaninchen in Folge einer Inoculation mit dem Geschwürssecrete eines syphilitischen Schankers“ berichtet.

Depaul [149]) erklärte in der Sitzung der Akademie der Medicin in Paris am 6. September 1864 anlässig einer Debatte über die Syphilis der Thiere, an welcher sich auch Ricord betheiligte: „J'en ai pourtant vu des exemples chez les singes et chez les chats“. Also vor Auzias-Turenne hat Depaul Syphilis bei Affen und Katzen gesehen; ob er sie aber inoculirte, ist allerdings nicht gesagt; von seinen negativen Resultaten bei Kühen war oben die Rede.

Ueber die Experimente von Ch. Legros[150]) werden wir um so lieber die Angaben Lancereaux'[151]) verwenden können, als dieser selbst daran betheiligt und nichts weniger als für die Sache eingenommen war; Lancereaux sagt: „Cependant Ch. Legros, après quelques expériences également négatives sur des chiens et des rats, est parvenu à produire sur des cochons d'Inde des manifestations locales au point d'inoculation, et une fois des lésions générales que l'on pourrait être tenté de rattacher à la syphilis. Un cobaye reçut sous la peau d'une cuisse un fragment de chancre induré, le 1 novembre 1867; il présenta, quinze jours plus tard, au niveau du point inoculé, un ulcère qui se couvrit bientôt d'une couche sèche, grisâtre, et s'étendit peu à peu. Le 7 décembre, cet animal, présenté à la Societé de biologie, portait un ulcère à base indurée, de l'étendue d'une pièce de deux francs, recouvert d'une croûte noire et séche; quelques-unes des glandes lymphatiques de l'aine étaient tuméfiées et indurées. Dans le courant de janvier, le chancre commence à se cicatriser, mais en même temps l'animal s'affaiblit et maigrit, ses poils tombent, ses pattes sont affectées de petits ulcères superficiels assez analogues aux érosions qui succèdent aux bulles de pemphigus; les régions des aines sont le siége d'ulcères multiples, de ganglions indurés et de tubercules cutanés. Le 17 avril 1868, cet animal meurt à la suite d'un dépérissement progressif, et m'est confié pour en faire l'autopsie. La plupart des glandes lymphatiques des aines, celles qui entourent le tronc coeliaque, les ganglions de la partie postérieure du cou et des régions sous-maxillaire et axillaire sont tuméfiés et indurés. Toutes ces glandes présentent une abondante prolifération des éléments conjonctifs. Il existe dans les couches profondes du derme, au niveau des flancs et au voisinage de l'anus, trois petites tumeurs arrondies, grisâtres, ramollies à leur centre et d'une grande ressemblance avec les tumeurs gommeuses cutanées de l'homme. L'un des épididymes est en outre le siége d'une tumeur arrondie, ferme, jaunâtre, falciforme, du volume d'un gros pois. (Die Geschwulst hat Lancereaux pag. 596 abgebildet.) Le foie est volumineux, cicatrisé à sa surface et infiltré de petites tumeurs jaunâtres, situées à la périphérie des lobules et formées de noyaux ronds et de cellules embryonnaires. Avec des lésions analogues, sinon semblables, à celles de la syphilis

humaine, ce fait présente assez bien, à part sa marche rapide, la succession des accidents propres à cette maladie, et cependant il ne prouve pas d'une façon absolue que la syphilis puisse être transmise au cochon d'Inde".

Die Impfversuche von Bradley[152]) sind allgemein bekannt und es stimmen die Berichte darüber in den verschiedensten Werken vollkommen mit einander. „Er inoculirte Affen, junge Katzen und Guinea-Schweinchen mit dem Secrete harter (inficirender) Schanker. Die grosse Mehrzahl der Versuche ergab negative Resultate. In zwei Fällen (an einem Guinea-Schweinchen und einem Kätzchen) folgte der Inoculation nach 2 oder 3 Wochen locale Verdickung der Stichränder und später der Ausbruch constitutioneller Symptome. Das Guinea-Schweinchen starb einen Monat nach Beginn der Verhärtung mit Zerstörung eines Auges und ausgebreiteter Verschwärung des Maules und des weichen Gaumens; an dem Kätzchen, welches am Ende der achten Woche getödtet wurde, fanden sich Gummata in der Niere und Leber. In drei anderen Fällen entstanden weiche Geschwüre, welche sich in Generationen fortimpfen liessen, aber keine constitutionellen Symptome".

Im Jahre 1874 kam eine Impf-Commission in Turin [153]) durch ihre Experimente zu dem Schlusse: „Il virus sifilitico ha attecchito sui bovini, e da questi fu riportato con successo sulla specie umana". Leider liegt mir der Bericht dieser Commission nicht vor, wohl aber eine durchwegs abfällige Kritik desselben von Gamberini[154]); nach dieser wären die ersten zwei Inoculationen allerdings für die obige Folgerung nicht verwendbar, die dritte jedoch spricht sogar noch in der auffallend negirenden Färbung sehr für den Ausspruch der Commission: „Il terzo esperimento venne eseguito sulla vitella Bianca adoprando i detriti tolti da ulceri primitive contratte pochi giorni prima da un giovane robusto, risiedenti sul margine libero del prepuzio esportato in forma di anello per la cura del fimosi. . . Dopo 49 giorni sulle cicatrici lineari della vitella, sorge una sottile cresta, rossa. . . . Dopo 90 giorni appaiono due papule alla faccia interna delle coscie, corrispondente agli innesti praticati, larghe un centesimo, di color rosso-scuro, di consistenza molle. La ghiandola mammaria è indurita in qualche punto. Dopo 138 giorni dall' innesto, le pa-

pule sono piu sviluppate, e piu manifesto rilevasi l'induramento della glandola mammaria. Ottimo è lo stato di nutrizione dell' animale, benche il pelo sia caduto in guisa un po'diversa da ciò che suole seguire in questa stagione (marzo) ed in questi animali. Dopo 178 giorni dall' innesto, si notò attorno alle papule lo svolgimento di molte altre papulette di colore cupreo. Lo stato di nutrizione dell' animale è sempre ottimo: il pelo è caduto in gran parte sulle regioni laterali del collo e del dorso. Dopo 229 giorni dall' innesto, la vitella presentò un ottimo stato generale della nutrizione, un notevole accrescimento, la ricomparsa del pelo sopra tutte le regioni, e le papule considerevolmente ridotte e piu appiattite. L'ingorgo delle glandole inguino-crurali non è sensible alla palpazione. Finalmente un anno dopo l'innesto le papule sono sempre piu ridotte in volume. La commissione dichiara compiuta l'osservazione ed abbandona l'animale.

Al 138 giorno vennero raschiati alcuni detriti di una papula, che il dott. Giacomini inocula sopra la giovane V. M., inferma di escrescenze vulvo-perineali. Dopo 8 giorni questa donna, in corrispondenza ai punti d'innesto, eseguito alla regione della coscia, presentò due papulette ben distinte, rilevate sulla pelle, di color cupreo, d'aspetto identico a quello notato sulla vitella bianca. Mentre dovevasi seguitare l'osservazione nella giovine, questa volle ad ogni costo abbandonare l'ospedale dopo due giorni, e quindi nulla piu si sa del seguito".

Gamberini nennt die Schrift, welche er kritisirt: „L'aureo lavoro dell' illustre commissione Torinese", muthet aber den Verfassern nicht einmal die nothwendige Sachkenntniss zu! Heute ist es doch Mode den Verfasser zu loben und nur das Buch zu tadeln?

Edwin Klebs[155]) impfte von den Culturen seiner Syphilisbacterien am 8. Juli 1875 einen Affen. Mitte August desselben Jahres zeigten sich bei dem Thiere circumscripte Anschwellungen in der Mundhöhle, besonders am Zahnfleisch und der Zunge, aus denen sich unreine Geschwüre entwickelten, welche nicht nur Klebs, sondern auch der erfahrene Syphilidologe Prof. F. J. Pick für charakteristisch syphilitische hielt. Das Thier wurde am 1. September 1875 mit Blausäure getödtet. Der Sectionsbefund ergab: ausgedehnte käsige Einlagerungen zwischen Dura mater und

Schädeldach; in den Lungen ausgedehnte theils käsige, theils bindegewebige Infiltrationen mit reichlichen bindegewebigen, schrumpfenden Auflagerungen auf den Pleuren; erbsengrosse, theils käsige, theils fibröse Knoten in den Nieren. — So wenig nun Klebs daran zweifelte, dass die Krankheit dieses Affen Syphilis gewesen sei, so fand er indessen „die entscheidende Aufklärung“ erst durch einen anderen Fall, welchen wir nach einem Sitzungsbericht reproduciren: „Klebs impfte am 29. December 1877 eine längere Zeit in seinem Besitz befindliche und vollständig gesunde Aeffin direct mit Theilen eines frisch exstirpirten Hunter'schen Knotens subcutan. Es blieb jede Reaction an den Impfstellen aus, die ohne Eiterung einheilenden Knoten verkleinerten sich allmählich, während gleichzeitig mässige, aber derbe Anschwellungen der Lymphdrüsen in der Nachbarschaft der Impfstellen auftraten; sonst schien das Thier vollständig gesund zu sein. Genau 6 Wochen nach dieser Impfung erkrankte das bis dahin gesunde Thier unter fieberhaften Erscheinungen, und bildete sich wenige Tage nach dem Eintreten des Fiebers eine mehr und mehr zunehmende Anzahl von Papeln im Gesicht und am Kopfe sowie am Halse aus, deren Aussehen am besten aus der vorgezeigten Abbildung sich erkennen lässt. Es sind flache, derbe Anschwellungen des Cutisgewebes von 2—3 Mm. Durchmesser von braun-röthlicher Farbe; auf deren Höhe wurde nach einiger Zeit die Epidermis stellenweise abgehoben durch eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, die indess keine geschlossene Blase bildete, sondern gewöhnlich bald aussickerte. Nirgends entstanden Ulcerationen, sondern nach dem Aufhören der Fiebererscheinungen bildeten sich die Knoten spurlos zurück. Das Thier ging am 17. Mai 1878, also 5 Monate nach der Impfung, unter allmählicher Abnahme seiner Körperkräfte zu Grunde, ohne dass vorher neue Fieberanfälle aufgetreten wären. Die Untersuchung zeigte nun, dass an denselben Stellen des Kopfes, an welchen jene papulösen Eruptionen sich befanden, im Leben nicht nachweisbare, aber an dem macerirten Schädel, den K. vorzeigte, äusserst auffallende Veränderungen vorhanden sind, von einer solchen Art, wie man sie bei syphilitisch erkrankten Menschen sehr häufig zu sehen bekommt. Es sind dies theils narbige, strahlige Einziehungen, theils scharf umschriebene, rundliche, glattrandige Vertiefungen an der sonst dichten Knochenoberfläche, theils endlich

poröse Auflagerungen, welche die unteren Theile des Stirnbeins überziehen und längs der Kranznaht nach oben sich fortsetzen.

Ferner fand sich eine mit dem Falle übereinstimmende Veränderung in der Lunge, bei der aber in noch viel auffälligerer Weise als bei jenem mächtige Lagen eines an Spindelzellen reichen Bindegewebes derbe käsige Herde umgaben, während strahlige, sehnige Verdichtungen der Pleuren über diesen Stellen sich vorfanden, ganz analog den bekannten Veränderungen bei menschlicher Lungensyphilis. (Es werden Abbildungen zur Erläuterung vorgelegt.) Ein fernerer beweiskräftiger Befund wurde sodann in den Nieren gemacht, welche mehrere vollständig gallertartige Knoten enthielten, die an der Oberfläche flache Hervorragungen bildeten und ein wenig zugespitzt sich in die Tiefe der Nierensubstanz bis gegen das Becken hin einsenkten. Dieselben enthielten keine Spur von käsigen Bildungen, sondern bestanden ausschliesslich aus einer äusserst reichlichen interstitiellen Neubildung von spindelförmigen Zellen. Sie boten demnach vollkommen dasjenige Bild dar, welches wir in den frischesten Formen echter Syphilome zu sehen gewöhnt sind, und kann nicht im entferntesten an eine Verwechslung mit Tuberculose gedacht werden".

Klebs bemerkt noch, dass er Impfungen an Thieren bereits seit 3 Jahren übe und dass er die minder gelungenen Versuche einer ausführlichen Publication vorbehalte.

Paul Haensell[156]) veröffentlichte folgende Fälle: Der „dünnflüssige, eitrige Inhalt eines noch intacten Gummiknotens, der in der Gegend des Manubrium sterni unter der Haut einer syphilitischen Frau (aus der Klinik Sigmund's) gelegen war" wurde einem Kaninchen mit einer Pravaz'schen Spritze in die vordere Kammer beider Augen, einem anderen Kaninchen ebenfalls in die vordere Kammer rechts, links in das Parenchym des Hornhautcentrums geimpft. Das erste Thier ging am 19. Tage an acutem Darmkatarrh zu Grunde. Section auf Syphilis negativ. Beim zweiten Thier war der Impfstoff am 4. Tage resorbirt; die Augen scheinbar normal. Am 25. Tage Iritis mit Trübung des Kammerwassers und Ciliarinjection; hintere Synechien. Am 9. Tage nach Beginn der Iritis am unteren und inneren Pupillarrande vier kleine grauröthliche Knötchen; diese wuchsen und blieben dann wochenlang von der Grösse eines halben Gerstenkornes. An der Einstich-

stelle bildete sich ein speckiges Geschwür, das bis zuletzt gleich gross blieb und die Hornhaut nicht perforirte oder zerstörte. Der Randtheil der Cornea und die anstossenden Theile der Conjunctiva und Sklera wurden in 4 Monaten nach der Impfung von mehreren, ziemlich grossen, gelblichen vascularisirten Knoten hervorgetrieben, die, wie die anatomische Untersuchung erwies, vom Ciliarkörper ausgehende Gummigeschwülste waren. Am anderen Auge, an welchem der Impfstoff in das Parenchym der Cornea gespritzt war, entwickelten sich erst sechs Wochen nach der Impfung sehr langsam kleine Knötchen. Im sechsten Monate Tod unter beträchtlicher Abmagerung und Bildung von kleinen, erbsengrossen Verhärtungen in der Bauchdecke und Leber. Die Section ergab: Lungen und Leber durchsetzt von kleinen ziemlich harten Knoten, welche aus Rundzellen und grösseren mehrkörnigen epitheloiden Zellen, denen sich auch mitunter eine Riesenzelle hinzugesellte, aufgebaut waren.

Ein anderes Kaninchen, welches nun mit den Produkten der Impfsyphilis in die vordere Augenkammer geimpft wurde, bot „makroskopisch und mikroskopisch absolut gleiche Befunde".

Zwei weiteren Kaninchen wurden „Theile von Plaques muqueuses" in die vordere Augenkammer gebracht. Bald darauf heftige Entzündung an der Cornea und Iris; an zwei Augen trat eiterige Infiltration auf und konnten daher die bekannten Knötchen in der Iris erst post mortem nachgewiesen werden. An den anderen Augen gingen die Entzündungserscheinungen zurück, um am 31. Tage nach der Impfung wieder als Iritis aufzutreten. Am 41. Tage nach der Impfung an der unteren Hälfte der Iris, nahe dem Uebergang in den Ciliarkörper, 3—4 kleine, vascularisirte, erhabene Stellen, welche im Laufe der nächsten Woche zu Knötchen heranwuchsen und so bis zu der nach drei Monaten vorgenommenen Tödtung des Thieres verharrten. In der Leber eines der Thiere zeigte die Section einige erbsengrosse Knoten aus grossen epitheloiden und einigen Riesenzellen mit dazwischen liegendem Reticulum; in der Iris und im Ciliarkörper einige Knötchen „von einer dem Tuberkel gleichen Structur".

Einem sechsten Kaninchen that man Stücke „einer noch nicht exulcerirten Sklerose" in die vorderen Augenkammern. Am 32. Tage zeigten sich Erscheinungen „wie an der syphilitisch

erkrankten Iris des Menschen," welche durch vier Wochen bestanden. Am Anfange des dritten Monats nach der Impfung sah man an beiden Augen kleine, erhabene, von einem dichten äusserst feinen Gefässnetz durchzogene, weisse Stellen in der Iris. Bei der Section (4 Monate nach der Impfung) fanden sich alle übrigen Organe vollständig gesund.

Ein siebentes Kaninchen wurde „mit dem Inhalte einer durch Impfung erzeugten Schankerpustel" in beiden Augenkammern geimpft. Am 6. Tage kam Iritis, die eine Woche dauerte, und nur kleine, weisse Flecke an der Iris zurückliess, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als pigmentloses, atrophisches Irisgewebe erwiesen.

L. Martineau und Hamonic[157]) schreiben: „Le 29 avril 1882 nous excisons un chancre induré que nous plaçons dans un ballon contenant une certaine quantité de bouillon de culture préparé suivant les indications données par M. Pasteur pour la recherche et l'étude des microbes. A midi nous commençons notre opération; à trois heures, le liquide de culture contient quelques flocons qui troublent sa transparence; à six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase, et le 30 avril, à dix heures du matin, nous constatons au microscope la présence de nombreuses bactéridies. Pour assurer la réalité de cette bactéridie syphilitique, nous injectons dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un porc, âgé de 5 mois environ, avec une seringue de Pravaz, une certaine quantité du liquide de culture contenant les bactéridies. Le lendemain de cette injection, nous constatons dans le sang de l'animal la présence de bactéridies analogues; un mois environ après l'inoculation, des manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papulo-squameuses) se développent sur l'abdomen, en même temps que les poils tombent.

N'ayant aucune donnée sur la syphilis du porc, et afin d'affirmer la réalité de l'affection inoculée à ce premier animal au moyen de la bactéridie syphilitique, nous instituons une deuxième expérience qui doit nous servir de comparaison. A cet effet, à l'aide d'une aiguille à vaccin chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant, nous pratiquons une inoculation dans la peau de la région pénienne d'un jeune porc âgé de quelques semaines. Quatre jours après cette inoculation, l'examen du sang

de l'animal démontre l'existence d'une bactéridie analogue à celle de la première expérience. Quatorze jours après, les manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papuleuses) apparaissent sur l'abdomen. D'abord isolées, elles se généralisent, persistent pendant plusieurs jours, puis elles disparaissent complètement deux mois après l'inoculation. De même, après plusieurs semaines, l'examen microscopique du sang a démontré l'absence de la bactéridie". Ebenda sind noch zwei Impfversuche an einem jungen Schweine und einer jungen Ziege mit negativen Resultaten erwähnt.

Später machte Martineau[158]) Mittheilungen über Syphilis bei einem Affen. Dieser zeigte nach 28 Tagen an „beiden Inoculationsstellen zwei oberflächliche Erosionen, mit glattem, graurothem Grunde, leicht erhabenen, abgeplatteten, ungleichen, nicht abgelösten Rändern mit allen Charakteren des infectiösen Schankers, welchem nach zwei Tagen indolente Anschwellung der Leistendrüsen, und nach wieder zwei Tagen die gleiche Anschwellung der Achseldrüsen folgte". Das weitere Resultat dieses Experimentes ist noch unbekannt.

---

Die Leser, welche dem Gegenstande bis hierher gefolgt sind, werden sich aus dem vorliegenden Materiale, welches ich stets mit den Worten der Quellen oder verlässlicher Berichterstatter und in den Hauptpunkten vorzuführen bestrebt war, ihr eigenes und jedenfalls für jeden Einzelnen massgebendes, wenn auch im Allgemeinen miteinander nicht übereinstimmendes Urtheil gegründet haben. Wenn ich mir also zum Schlusse meine Meinungen über den Stand der Angelegenheit und die Förderung derselben in kurzen Sätzen anzugeben erlaube, so geschieht dies nicht aus Aufdringlichkeit oder Selbstüberschätzung des eigenen Urtheils, sondern nur um einem alten Gebrauche zu entsprechen.

Die Nachrichten über die ursprüngliche Entstehung von venerischen Erkrankungen, namentlich von der Syphilis unter den Thieren, sowie die Angaben über die zufälligen Verbreitungen und Uebertragungen dieser Affectionen von Thieren auf Menschen und umgekehrt, sind durchaus entweder zweifelhafter Natur oder ungenau.

Die Uebertragbarkeit von einfachen contagiösen Geschwüren, sogenannten weichen Schankern, auf Thiere und von diesen zurück

auf den Menschen durch experimentelle Impfungen kann trotz den angeblich langen Reihen von negativen Resultaten einiger Experimentatoren mit Bestimmtheit angenommen werden. Es ist gar kein Grund vorhanden an der Richtigkeit der zahlreichen Beobachtungen eines Auzias-Turenne, Langlebert, Diday, Waller, Sigmund, Melchior Robert, Sperino, W. Boeck, H. Zeissl, Auspitz und vieler Anderer, welche als Thatzeugen aufgeführt werden, und deren Namen nicht minder gut klingen als die eben genannten, auch nur im mindesten zu zweifeln.

Für sehr wahrscheinlich halte ich, gestützt auf Beobachtungen von Auzias-Turenne, Ch. Legros, Lancereaux, Bradley, Klebs, Haensell (weniger verlässlich sind hier Gailleton, die Turiner Commission, Depaul, Martineau und Hamonic), die Uebertragbarkeit der Syphilis von dem Menschen auf die Thiere durch Impfung. Bedenken wir hierbei die verhältnissmässig geringe Zahl der Fälle mit positiven Erfolgen, so wissen wir dafür keine andere stichhaltige Erklärung, als dass eben der entsprechende Modus des Experimentes, oder andere ausserhalb desselben liegende, zum Gelingen nothwendige Bedingnisse vorläufig noch ganz unbekannt sind und die Erfolge bis jetzt eben nur von einem Zufalle abgehangen haben, welchen die Eperimentatoren selbst noch nicht ergründen konnten; denn die meisten von ihnen sagen uns ja, dass sie kleinere oder grössere Reihen von gleichmässigen Inoculationen mit den betreffenden Secreten an ein und derselben Thierspecies etc. vorgenommen haben, und dennoch können sie einzeln uns nur von einem oder einigen positiven Resultaten berichten.

Sollte jedoch, wie ich nicht glauben kann, die ganze Thiersyphilis einstens negativ entschieden werden, dann wird dies nur durch wirklich sehr grosse Versuchsreihen und von Seite eines namhaften, ernstlich wissenschaftlichen Fachmannes möglich sein. Dieser Schluss lässt sich nicht nur aus der Fülle des bereits vorhandenen, sich widerstreitenden und nun auch möglichst systematisch geordneten Materiales mit aller Bestimmtheit ziehen; sondern er ist auch schon in der Geschichte der Syphilidologie durch ein überaus belehrendes und für unsere Streitfrage in allen Punkten zutreffendes Beispiel eisenfest begründet. Wir wissen, dass von den siebenziger Jahren des vorigen bis zu den vierziger

Jahren unseres Säculums unter den Aerzten ein ausserordentlich hartnäckiger Kampf über die Identität und Nichtidentität des Tripper- und Syphiliscontagiums bestanden hat. John Hunter und einige Andere, welche auf ihre wenigen und fehlerhaften Inoculationen gestützt, beide „Gifte“ für identisch erklärten, hatten die weitaus grösste Majorität, man könnte sagen „fast Stimmeneinhelligkeit“ für sich. Da kam ein einziger Mann, aber mit vielen Hunderten von Experimenten und mit Geist, Witz und Geschicklichkeit und schlug die ganze grosse Majorität. — Dieser Mann war bekanntlich Ricord.

---

Und nun noch einige bibliographische Notizen, über welche ich keine genügenden Aufschlüsse erhalten konnte, für künftige Forscher: Von einem H. L. Attenhofer [159]) sagt Hacker [160]), dass jener „höchst interessante Versuche mit dem syphilitischen Miasma überhaupt und besonders an Thieren angestellt hatte“. — Auch Joh. Wendt [161]) spricht diesen Versuchen „einiges Interesse“ zu. In den Schriften von Jacquemet [162]), Berne [163]) und T. Desmartis [164]) vermuthe ich wohl nur Referate, Besprechungen oder Kritiken, wie ich solche zu Dutzenden von anderen Schriftstellern vorgefunden und selbstverständlich nicht angeführt habe; jedoch weiss ich dies von den eben genannten Autoren nicht sicher. Am meisten zeitraubend war mir eine Reihe von falschen Citaten, von denen ich einen Theil schweigend richtig gestellt, den anderen, gänzlich unbrauchbaren, ignorirt habe.

Wien, im Mai 1883.

---

## Literatur.

[1]) Tratado llamado de todos los santos, contra el mal serpentino venido de la Isla Espaniola etc. Sevilla, 1542, 8°. Das Buch ist 1539 geschrieben. — Vergl. Finckenstein: Zur Geschichte der Syphilis. Breslau, 1870, 8°, p. 27 u. f.

[2]) Kronica von der loblichen Eydtgnoschaft. Ir harkommen vnd sunt seltzam strittenn vnd geschichten. (Basel) 1507. — Vergl. Meyer-Ahrens: Geschichtliche Notizen über das erste Auftreten d. Lustseuche in d. Schweiz. Zürich, 1841, 8°, p. 18 u. f.

[3]) Ein Auszug und Anzeig etlicher Chroniken und anderer Historien. Manuscript in fol. — Vergl. Meyer-Ahrens p. 18—19.

[4]) Tractatus de pustulis quae vulgato nomine dicuntur mal de franzos. (1497) s. l. et a. 4°, 8 Blätter. — Vergl. C. H. Fuchs: Die ältesten Schriftsteller über die Lustseuche in Deutschland. Göttingen 1843, 8°, p. 99.

[5]) Ein nutzlich regiment wider die bosen frantzosen mit etlichen clugen fragstucken beschriben durch meister Alexander Sytzen zu Marckbach. Pfortzheim, 1509, 4°, 8 Blätter. — Vergl. Doctor Alexander Seitz aus Marbach und seine Schrift über die Lustseuche vom Jahr 1509 eingeleitet von Albert Moll. Stuttgart, 1852, 8°, pp. VIII, 9—31.

[6]) De Guaiaci Medicina et Morbo Gallico liber unus. Moguntiae, 1519, 4°, 44 Blätter. — Vergl. Luisinus, p. 275—310.

[7]) Syphilis sive morbus gallicus. (Edit. Ludov. Choulant.) Lipsiae, 1830, 8°, p. 29. Ist 1520 geschrieben, 1530 zuerst gedruckt.

[8]) Capricci medicinali. Venetiis, 1568, 8°, lib. I, cap. 27. — Vergl. Bertrandi: Abhandlung von den venerischen Krankheiten. Nürnberg, 1790, 8°, I, p. 67.

[9]) Geschichte des Königreichs Neapel. — Vergl. Bertrandi I. p. 68.

[10]) Historiae naturalis. Centur. I. artic. 26. — Vergl. Girtanner: Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1793, II, p. 130.

[11]) Observations sur les maladies vénériennes. Rouen, 1684, 8°. Andere Schriften sind 1688 und Paris 1707, 8° erschienen.

[12]) De morbis venereis libri novem. Parisiis, 1740, 4°, I, p. 71 u. f.

[13]) Tumulus pestis. — In dessen: Opera omnia. Hafn. 1707, 4°, pag. 221 u. f.

[14]) Lettres sur la syphilis à M. Amédée Latour. — In: L'Union méd. Paris, 1850—1851. — Die entsprechende Aeusserung ist allerdings älter.

[15]) Ricord's Briefe über Syphilis. Deutsch bearbeitet von C. Liman. Berlin, 1851, 8°, p. 69.

[16]) Études de médecine comparée sur la syphilis, la morve et le farcin. Thèse. Paris, 1847, 4°, p. 35.

[17]) Ueber einen bei der Rotzkrankheit der Pferde auftretenden Parasiten, verglichen mit dem bei der Syphilis. — In: Aerztl. Intelligenzblatt, München, 1868, Nr. 25.

[18]) Compendium der Lehre von der Syphilis. II. Auflage. Wien, 1865, 8°, p. 11.

[19]) Ballardini, Lud. Casi di sifilide nei cavalli. — In: Gazz. med. Lombard. Milano, 1849, vom 25. Juni.

[20]) Traité historique et pratique de la syphilis. II. édit. Paris, 1873, 8°, p. 591 u. f.

[21]) Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques. A Paris, 1798, 8°, Tom. I, p. VII—VIII.

[22]) De la non-existence du virus vénérien etc. A Paris, 1826, 8°, I., p. 95 u. f.

[23]) Journ. général de méd. Tom. LXIII, p. 180 u. f.

[24]) Rapport sur les concours, 1823, p. 14 und Fodéré mal épidémique. Tom. IV, p. 444.

[25]) Die Schankerseuche des Pferdes. — In: Vierteljahresschr. f. wissenschaftl. Veterinärkunde XIX; Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig, 1864, CXXIII, p. 114—116.

[26]) Die bösartige Beschälkrankheit der Pferde. — In: Thierarzt, VI. p. 82; Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig, 1868, CXXXVII, p. 216.

[27]) Lehrbuch der Pathologie und Therapie der Hausthiere. III. Aufl. Wien, 1867, 8°, I. p. 485 u. f.

[28]) Ueber die bösartigen Pusteln und Geschwüre an den Geschlechtstheilen beim Pferde. — In: Med. Jahrbücher des k. k. österreich. Staates. Wien, 1834, XV, p. 272—277.

[29]) Ueber die venerische Krankheit der Pferde. Breslau, 1839, 8°.

[30]) Ueber die Beschälkrankheit der Pferde in der Gemeinde Acsa. — In: Zeitschr. f. Natur- u. Heilkunde in Ungarn. Pest u. Erlau, 1853, IV, Nr. 23; Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig, 1854, LXXXII, p. 201.

[31]) Ueber die Zuchtlähme der Pferde. Budapest, 1882, 8°. — Vergl. Wiener med. Wochenschr. 1883, XXXIII. p. 245.

[32]) De foeda lue dicta venerea. Upsaliae, 1700, 4°. — Vergl. Haller, Bibliotheca med. IV, p. 136.

[33]) Dissertatio de virulentia luis venereae. Upsaliae, 1708, 4° und De venenis in genere et in specie. Lugduni Batavorum 1708, 8°. — Vergl. Girtanner, II, p. 334.

[34]) Schmidt, Syphilis bei Affen. — In dessen: Zoologische Klinik. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig 1871, CLII. p. 324.

[35]) Abhandlung über die venerischen Krankheiten. Hamburg u. Kiel, 1775, 8°, p. 109.

[36]) Von der Lustseuche. Nach der letzten französischen Ausgabe übersetzt von Gustav Kleffel. Berlin, 1799, 8°, I, p. 19.

[37]) Ausführliche Darstellung des Ursprungs, der Erkenntniss, Heilung und Vorbauung der venerischen Krankheit. Jena, 1811, 8°, p. 112.

[38]) De morbis venereis libri sex. Parisiis, 1738, 4°, p. 16.

[39]) Syphilis. A practical dissertation on the venereal disease in two parts. The fifth edition. London, 1737, 8°, I, p. 5.

[40]) Recherches pratiques sur les différentes manières de traiter les maladies vénériennes. A Paris, 1774, 8°, p. 39 u. f.

[41]) Abhandlung über die ersten Erscheinungen venerischer Local-Krankheits-Formen. Wien, 1810, 8°, p. 15 u. f.

[42]) Recherches philosophiques sur les Américains etc. Londres, 1771, I, p. 20.

[43]) La syphilisation. Paris, 1878, 8°, p. 418.

[44]) Ueber Condylome bei einem Hunde. — In: Zeitschr. f. Natur- u. Heilkunde in Ungarn. Pest u. Erlau, 1852, III, Nr. 6.

[45]) Sur un cas possible de syphilis constitutionnelle observé sur un chien. — In: Alger médical. 1879, VII, p. 75—80.

[46]) Isis von Oken. 1826, Hft. 2, p. 239. — Vergl. F. W. Oppenheim, Die Behandlung der Lustseuche ohne Quecksilber. Hamburg, 1827, 8°, p. 247 u. f.

[47]) Blumenbach, Joh. Fr. Med. Bibliothek. Göttingen, 1795, III, p. 553. Vergl. Carl Friedr. Clossius, Ueber die Lustseuche. II. Aufl. Tübingen, 1799, 8°, p. 29.

[48]) Abhandlung über die venerische Krankheit. II. Aufl. Göttingen 1793, 8°, III Bde. — Auch in der III. Aufl. von 1797 und der IV. von Cappel besorgten aus dem Jahre 1803 ist nichts zu finden.

[49]) Der Fall scheint nur durch Privatmittheilung bekannt zu sein, denn so oft ich ihn auch in der Literatur erwähnt fand, niemals war die Quelle näher angegeben.

[50]) Dissertatio de vano morbi boum gallici cranisque inde male infectae et insalubris metu. Vitebergae 1790, 8°.

[51]) Abhandlung über die Franzosenkrankheit des Rindviehs und die Unschädlichkeit des Fleisches solcher Thiere. Rostock u. Leipzig, 1784, 8°, pp. XVI, 200.

[52]) Ueber das Vorkommen der Syphilis bei Thieren. — In Ammon's Monatschr. f. Med., Augenheilk. u. Chir. Leipzig, 1838, I, p. 457—459.

[53]) Uebertragung eines syphilitischen Krankheitszustandes von einem Stiere auf zwei Kühe. — In: Wochenschr. f. Thierheilk. 1862, VI, Nr. 18.

[54]) Abhandlg. über die ersten Erscheinungen venerischer Local-Krankheitsformen. Wien, 1810, 8°, p. 15 u. f.

[55]) Die Syphilis der Feldhasen. Beiträge zur vergleichenden und experimentellen Pathologie der constitutionellen u. Infectionskrankheiten. — In: Virchow's Archiv. Berlin, 1874, LIX, p. 341—367.

[56]) Wiener med. Wochenschr. 1883, XXXIII, p. 211.

[57]) Alle de Medicinale, Chirurgicale, en Philosophische Werken. Amsterdam, 1694, 4°, II.

[58]) De morbis venereis libri novem. Parisiis, 1740, 4°, II, p. 1003.

[59]) Traité des maladies vénériennes. Lyon, 1773, 8°. — Vergl. F. H. Martens, Handbuch zur Kenntniss und Kur der venerischen Krankheiten. Leipzig, 1805, 8°, I. p. 30.

[60]) Sex exercitationes medicinales de quibusdam morbis chronicis. Londoni, 1694, 8°. — Vergl. Astruc II, p. 1005.

[61]) H. Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin. Jena 1881, 8°, II. p. 413.

[62]) Theoretische und praktische Abhandlung von venerischen Krankheiten. III. Aufl. Berlin, 1765, 8°, p. 30 u. f.

[63]) Abhandlung über die venerischen Krankheiten. Hamburg und Kiel, 1775, 8°, p. 105.

[64]) Cur-Art derer venerischen Krankheiten. Breslau, 1785, 8°, p. 56 ff.

[65]) Abhandlung über die venerische Krankheit. III. Aufl. Göttingen, 1797, I, p. 54.

[66]) Vgl. Auzias-Turenne, Syphilisation. Paris, 1878, 8°, p. 411 u. f.

[67]) Journal of the anthropological society of London. N. S. II, p. 225.

[68]) Ein Fall von Pemphigus foliaceus. — In: Wiener med. Wochensch. 1877, XXVII, p. 246.

[69]) Interpretatio morbi gallici et cura. Lugduni, 1506, 4°. — Vergl. Luisinus p. 1—16.

[70]) Tractatus de morbo gallico; nur aus dem Luisinus (p. 139—168) bekannt.

[71]) Libellus de morbo gallico. — Um 1508 geschrieben; nur aus dem Luisinus (p. 167—182) bekannt.

[72]) De morbo gallico liber unus. Venetiis, 1535, 4°. — Luisinus p. 246—276.

[73]) Spécifique simple aisé et de peu de dépense, nouvellement decouvert dans la royaume de Guatimala etc. II. édit. Lausanne, 1785, 8°, pag. 63.

[74]) Saggio intorno al nuovo specifico delle Lucertole. Palermo, 1784, 8°.

[75]) Lettera al Chiarissimo Sig. D. Pietro Zuliani. — In: Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo. Venezia, 1784, 4°, II, p. 347—350. — Osservazioni intorno all' uso medico delle Lucertole e de' Ramarri etc. — Ibidem 1785, III, p. 424—430.

[76]) Lettera sopra l'uso medico dei Ramarri, e particolarmente delle Lucerte etc. — Ibidem, III, p. 498—500.

[77]) Lettera . . . sull' uso delle Lucerte in Medicina. — Ibidem, 1786, IV, p. 62—69.

[78]) Auszug aus einem Briefe . . . über die grosse Kraft der Eidechsen in verschiedenen Krankheiten. — In: Arch. der praktischen Arzneykunst. Leipzig, 1786, II, p. 265—266.

[79]) De lacertarum et viperarum variis in morbis usu. — In dessen: Opuscula therapeutica. Ticini, 1788, 8°, I, p. 137—208.

[80]) Ueber den Nutzen und Gebrauch der Eidechsen in Krebsschäden, der Lustseuche etc. Leipzig, 1788, 8°, pp. XXIV, 126.

[81]) Hufeland's Journal. Berlin, 1800, XI, Hft. 2, p. 112—125: Anwendung der rothen lebendigen Schnecken in veralteten exulcerirten Bubonen.

[82]) Azara's Reisen durch Südamerika in den Jahren 1781—1802. Uebersetzt von Weyland. Berlin, 1810, 8°, p. 100.

[83]) Nutzen der Verbindung der Kellerassel mit Calomel. — In: Commercio litterario Norico. 1736, pp. 227, 289.

[84]) Untersuchungen über die Natur und den verschiedenen Gebrauch des Magensaftes in der Arzneywissenschaft und Wundarzneykunst. Aus dem Italienischen. Wien 1785, 8°, p. 215.

[85]) De remedio singulari ad luem veneream curandam. — In: Ephemerid. Academ. Natur. Curios. Francofurti et Lipsiae, 1697, Dec. III, ann. IV, observ. 71, p. 157.

[86]) Dialogus de dolore, cum tractato de ulceribus in pudendagra evenire solitis. Romae s. a. (geschrieben 1499, gedruckt 1500.) — Wiederabdruck im Luisinus p. 501—545.

[87]) Reise in China in den Jahren 1792 und 1793. Aus d. Englischen. Hamburg, 1805, 8°, p. 207.

[88]) Dissertatio I. De origine, appellatione, natura et curatione morborum venerorum inter Sinas. — Ist dem ersten Band seiner Ausgabe von 1740, 4° angehängt.

[89]) Buch II, Cap. 22, V. 19; Buch III, Cap. 18, V. 23—30; Buch III, Cap. 20, V. 15 u. 16.

[90]) Bruta animalia ratione uti. cap. 15: „Nam et capras, porcas, equas iniverunt viri, et feminae insano mascularum bestiarum amore exarserunt."

[91]) Lucretius de rer. natur. libr. V, 888.

[92]) Juvenal Satir. VI, 332, 33.

[93]) Geschichte der Lustseuche im Alterthume. II. Abdruck. Halle, 1845, 8°, pp. XIV, 464.

[94]) Geschichte der arabischen Aerzte und Naturforscher. Nach den Quellen bearbeitet von Ferd. Wüstenfeld. Göttingen 1840, 8°, p. 132 u. f.

[95]) J. J. Reiske et Joh. Ern. Fabri: Opuscula medica ex monumentis Arabum et Ebraeorum. Iterum recensuit etc. Chr. G. Gruner. Halae, 1776, 8°, p. 61.

[96]) Morbi venerei sunt morbi antiqui. Dissertat. inaug. med.-hist. a Jos. Ferd. Masarei. Vindobonae, 1836, 8°, p. 63.

[97]) Chirurgische und physikalische Waag-Schaale der Venus-Seuche. Hamburg, 1700, 8°, p. 27.

[98]) Storia di una blennorroea prodotta di lambimento canino. Venezia, 1809, 8° und 1814, 8°. Deutsch unter: Merkwürdige Geschichte eines durch das Lecken eines Hundes entstandenen weissen Flusses mit sehr bedeutenden Geschwüren. In: Hufeland's Journal. Berlin, 1810, XXXI, Hft 11, p. 115—120.

[99]) Infection eines Menschen durch eine an sogenannter Stiersucht, Franzosenkrankheit, Monathreiterey, Perlsucht, Hirsesucht u. s. w. leidenden u. geschlacht. Kuh. — In: Rust's Magazin. Berlin, 1831, XXXV, p. 336—345.

[100]) Neueste Literatur der syphilitischen Krankheiten (von 1830—1838). Leipzig, 1839, 8°, p. 33.

[101]) Trattato teorico-pratico delle malattie veneree. Milano, 1872, 8°, p. 39 u. f.

[102]) De la contagion syphilitique. Paris, 1860, 4°, p. 115.

[103]) Ueber die Wirkung des syphilitischen Giftes auf Thiere. — In: Lancet. London, 1867, II, July, Nr. 4. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig, 1868, CXXXVI, p. 241.

[104]) S. l. c. p. 597.

[105]) S. l. c. p. 413.

[106]) Abhandlungen über den venerischen Tripper und die venerischen Krankheiten überhaupt. Aus dem Englischen. Leipzig, 1781, 8°, p. 65.

[107]) A treatise on the venereal disease. Second edition. London, 1788, 4°, p. 20.

[108]) Inquiry into the origin and antiquity of the lues venerea. London, 1786, 8°, pag. X.

[109]) Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph. Wien, 1883, p. 78—80.

[110]) S. l. c. p. 595.

[111]) John Hunter's Abhandlung von der venerischen Krankheit, ins Deutsche übertragen von Fr. Braniss. Mit Noten von Ricord, Babington und F. J. Behrend. Berlin, 1848, 8°, pag. XX u. f.

[112]) S. l. c. p. 418.

[113]) Recherches sur l'inoculation appliquée á l'étude de la syphilis. Paris, 1841, 8°, p. 7.

[114]) Leçons sur le chancre. Rédigées et publiées par Alfred Fournier. II édition. Paris, 1860, 8°, p. 114 u. f.

[115]) La syphilis existe-t-elle chez les animaux? — In: Gaz. méd. de Paris. 1864, 3. Sér., XIX, p. 594, Nr. 39.

[116]) Leçons sur le chancre, professées par le Ricord, Paris, 1860, 8°, p. 14.

[117]) Neue Versuche über die Verimpfung der Syphilis auf die Thiere.— In: Gaz. des hôpitaux. Paris, 1845, Nr. 27. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. Leipzig, 1845, XLVII, p. 300.

[118]) Ueber die Inoculationsfähigkeit der Syphilis auf Thiere. — In: Gaz. des hôpitaux. Paris, 1845, Nr. 20.

[119]) Schmidt's Jahrb. Leipzig, 1846, LI, p. 91.

[120]) Syphilis bei Thieren. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. CXXVII, p. 85 u. f.

[121]) Gaz. méd. de Paris. 1867, 3 Sér. XXII, p. 445 u. f.

[122]) Gaz. méd. de Paris. 1867, 3 Sér. XXII, p. 446.

[123]) Sulla transmissibilità della sifilide dall uomo ai bruti. Milano, 1867, 8°, p. 29.

[124]) S. l. c. p. 13 u. 154.

[125]) S. l. c. p. 596. — Arch. générales de méd. Paris, 1873, p. 92, Juillet.

[126]) Recherches expérimentales sur l'inoculation des maladies vénériennes aux animaux. — In: Lyon méd. 1882, XXXIX, p. 41—46.

[127]) Ist die Syphilis ausschliesslich eine Krankheit des menschlichen Geschlechts oder unterliegen derselben auch Thiere? — In: Wiener med. Wochenschr. 1883, XXXIII, pp. 209, 243.

[128]) Ebenda p. 245—246.

[129]) Wiener med. Blätter. 1883, VI, p. 605.

[130]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1883, p. 98, Nr. 13 und persönliche Mittheilung des Experimentators.

[131]) La syphilisation. Publication de l'oeuvre du docteur Auzias-Turenne faite par les soins de ses amis. Syphilisation — syphilis, vaccine sur les maladies virulentes variétés. Paris, 1878, 8°, pp. XL, 907.

[132]) Traité théorique et pratique des maladies vénériennes. Paris, 1864, 8°, p. 282—283.

[133]) Deux réponses à deux lettres de M. le docteur Ricord, sur l'inoculation de la syphilis aux animaux. Wurzbourg et Paris, 1850, 8°, p. 22. — Die Einimpfung der Syphilis auf Thiere, nach eigenen Beobachtungen bearbeitet. Würzburg, 1851, 8°, p. 16.

[134]) La transmission de la syphilis aux animaux. — In: Gaz. méd. de Paris. 1851, Nr. 52. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. 1852, LXXIV, p. 193—195.

[135]) Weitere Beiträge betreffend die Contagiosität der secundären Syphilis. Nebst einem Anhange über die Inoculation der Syphilis bei Thieren. — In: Prager Vierteljahrsschrift. 1851, XXXI, p. 63–64.

[136]) Ueber Syphilisation. — In: Wiener med. Wochenschr. 1852, II, p. 714.

[137]) Impfung der Syphilis auf Thiere und Rückimpfung. — In: Deutsche Klinik. Berlin, 1851, III, p. 181, Nr. 17. — Impfungen mit syphilitischem Eiter auf Thiere. — In: Wiener med. Wochenschr. 1851, I, p. 49, Nr. 4. — Bericht über die Klinik u. Abtheilung für Syphilis im k. k. allgem. Krankenhause zu Wien von den Jahren 1851 und 1852. — In: Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien 1853, p. 436—437.

[138]) Traité des maladies vénériennes. Paris, 1853, 8°, p. 465—476.

[139]) La syphilisation. Traduit de l'Italien par A. Tresal. Turin, Paris, 1853, 8°, p. 27—28.

[140]) Syphilisationen studeret ved Sygesengen. Christiania, 1854, 8, p. 211 und 8 Taf. — Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart, 1875, 8°, p. 71—76.

[141]) Recherches expérimentales sur l'action spéciale du chancre syphilitique de l'homme sur les animaux. — In: Gaz. des hôpitaux. Paris, 1855, Nr. 86. — Ref. der Schmidt'schen Jahrb. LXXXVIII, p. 193.

[142]) Traité des maladies vénériennes par J. Rollet. Paris, 1865, 8°, p. 47.

[143]) Annali universali di med. Milano, 1868.

[144]) The pathology and treatment of venereal diseases. III. edition. Philadelphia, 1874, 8°, p. 320 u. f.

[145]) Lehrbuch der Syphilis. IV. Aufl. Stuttgart, 1882, 8°, p. 305.

[146]) Sitzungsbericht der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 1882, Sept. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. Wien, 1883, p. 7 u. f.

[147]) S. l. c. p. 5—60 und p. 411—436 u. a. a. O.

[148]) Gaz. méd. de Lyon 1866, Nr. 23. Gailleton: Inoculation à un lapin du chancre syphilitique. — Ein ausführliches Referat, mit welchem ich zu spät bekannt wurde, ist im Giornale ital. d. mal. venerec. Milano, 1867, II, pt. 1, p. 201.

[149]) Vgl. Auzias-Turenne l. c. p. 411.

[150]) Ueberpflanzung eines indurirten Schankers auf ein Meerschweinchen. — In: Gaz. méd. de Paris, 1869, Nr. 7, p. 93.

[151]) S. l. c. p. 596 u. f.

[152]) Ueber die Unität des syphilitischen Giftes. — In: Transactions of the British Med. Association. 1871, August; Ref. des Arch. f. Derm. u. Syph. 1872, IV, p. 138.

[153]) Esperienze comparative sul vaccino animale e sull' umanizzato, praticate negli anni 1871—72—73. Torino 1874, 8°, p. 59.

[154]) L' innesto del virus sifilitico nei bovini. — In: Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, 1874, IX, p. 129—134.

[155]) Ueber Syphilis-Impfung bei Thieren und über die Natur des syphilitischen Contagiums. — In: Allgemeine med. Central-Zeitg. Berlin, 1878, XLVII, p. 1155—1157.

Das Contagium der Syphilis; eine experimentelle Studie. — In: Arch. f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie. Leipzig, 1879, X, p. 161—221 und 4 Taf. — Diese ausführlichere Darstellung der Versuche und Schlussfolgerungen von Klebs, welche hier nicht mitbenutzt werden konnte, ist im Original nachzulesen.

[156]) Vorläufige Mittheilung über Versuche von Impfsyphilis der Iris und Cornea des Kaninchenauges. — In: Arch. f. Ophthalmologie. Berlin, 1881, XXVII, 3 Abtheil. p. 93—100.

[157]) De la bactéridie syphilitique. De l' évolution syphilitique chez le porc. — In: L'Union méd. Paris, 1882, 3 Sér. XXXIV, p. 398—403.

[158]) Ueber die Uebertragbarkeit der Syphilis auf Thiere. — Aus: Semaine méd. in Wiener med. Blätter. 1883, VI, p. 76.

[159]) Beobachtungen über die Natur und Heilung der Syphilis; aus der russischen Sammlung für Naturwissenschaft u. Heilkunst, herausgegeben von Crichton, Rehmann und Burdach. Riga u. Leipzig, 1816, I, 8°.

[160]) Literatur der syphilitischen Krankheiten vom Jahre 1794 bis mit 1829. Leipzig, 1830, 8°, p. 84.

[161]) Die Lustseuche in allen ihren Richtungen und allen ihren Gestalten. III. Aufl. Wien, 1827, 8°, p. 8.

[162]) Transmission de la syphilis aux animaux par inoculation. — In: Gaz. méd. de Lyon. 1850, Nr. 12.

[163]) De l'inoculation de la syphilisation aux animaux. — In: Gaz. méd. de Lyon. 1851, p. 16, janvier 31.

[164]) A propos de syphilis des animaux. — In: Presse méd. belge. Bruxelles, 1867, Nr. 15.

# Kleinere Aufsätze und Casuistik.

## Experimentelle Untersuchungen über Hautentzündung.

### Vorläufige Mittheilung

von

Dr. **Ed. Schiff**

Assistent der allg. Poliklinik in Wien.

(Aus dem Laboratorium des Prof. Dr. S. v. Basch.)

Es drängt sich in den letzten Jahren immer mehr und mehr die Thatsache hervor, dass gewisse pathologische Erscheinungen, welche auf der Haut zur Beobachtung kommen, von Veränderungen und Functionsstörungen anderer Organe abhängen.

Um diese Abhängigkeit experimentell zu prüfen, habe ich im Laufe des letzten Winters mit Unterstützung des Herrn Prof. v. Basch in dessen Laboratorium den Weg des Thierversuches betreten. Ich schicke hier gleich voraus, dass meine Arbeiten noch nicht zum Abschlusse gekommen sind. Es haben sich jedoch im Verlaufe meiner Untersuchungen so zahlreiche wichtige Beobachtungen ergeben, dass ich es für nothwendig halte, schon jetzt in einer kurzen Mittheilung dieselben zu veröffentlichen, um so mehr, als durch äussere Umstände eine mehrmonatliche Unterbrechung meiner Arbeiten eintreten muss.

Ich werde in der Schilderung meiner Experimente chronologisch vorgehen. Zunächst versuchte ich, veranlasst durch bekannte Erfahrungen, durch Injection gewisser Stoffe ins Blut Hautexantheme zu erzeugen. Ich wählte zunächst das Curare, weil ich während meines vorjährigen Aufenthaltes im Laboratorinm die Beobachtung gemacht hatte, dass Hunde, welche zu anderen Versuchszwecken curaresirt wurden, bisweilen auf der nichtbehaarten glatten Bauchhaut ein deutlich ausgesprochenes Urticaria-Exanthem bekamen. Meine Bemühungen, diese Erscheinung regelmässig hervorzurufen, misslangen, und ich musste einen anderen Weg einschlagen, der es ermöglichte, unter

Einhaltung bestimmter Bedingungen constant eine bestimmte Hautaffection hervorzubringen. Am einfachsten und zweckmässigsten erschien es mir, eine Hautentzündung auf endermatischem Wege, und zwar durch Einreibung von Crotonöl auf die Haut zu erzeugen. Durch zahlreiche Vorversuche hatte ich die Ueberzeugung erlangt, dass die bei kurzhaarigen Hunden wenig behaarte Bauchhaut die günstigste Applicationsstelle sei, dass aber Kaninchen und Meerschweinchen sich in keiner Weise für diese Versuche eigneten; auch die rasirte Achselhöhle und Schenkelbeuge erwiesen sich als günstige Applicationsstellen.

Der Grundversuch bestand nun in Folgendem:

Ich träufelte mit einem Tropfenzähler auf eine circumscripte Stelle der Bauchhaut ungefähr in der Ausdehnung eines halben Kreuzerstückes fünf bis zehn Tropfen Crotonöl und verrieb dann dieses mit einem Glasstab. Die Erscheinungen waren in allen Fällen folgende:

Wenn am Vormittag das Crotonöl eingepinselt worden war, so zeigte sich am Nachmittag, also erst nach 6—8 Stunden, eine ausgedehnte Hauthyperämie, die sich weit über die Grenzen der eingepinselten Partie erstreckte. Am folgenden Tage konnte man dann ein Knötchen-Bläschen-Exanthem beobachten, welches auf der rosenroth gefärbten Haut sich entwickelt hat. Im weiteren Verlaufe wurden die anfangs hirsekorngrossen weissen Knötchen zu wasserhellen stecknadelkopf- bis linsen- und erbsengrossen Bläschen. Der Inhalt trübte sich mit der Zeit, und oft am zweiten, mitunter erst am dritten Tage war die Bauchhaut des betreffenden Thieres von einem weit ausgedehnten, aus mit Eiter gefüllten Pusteln bestehenden Exanthem occupirt. Diese Pusteln trockneten dann zum Theile ein, theils platzten sie, theils wurden sie durch die Bewegungen des Thieres aufgerissen, so dass sie öfters zur Bildung von oberflächlichen Hautgeschwüren Veranlassung gaben. Die Bläschen und Pusteln heilten unter Eintrocknung, die Geschwüre wie gewöhnlich durch Vernarbung. Die Heilung war in wenigen Tagen vollendet. Der ganze Process vom Tage der Einpinselung mit Crotonöl bis zu der Zeit, wo die Haut wieder ein vollkommen normales Aussehen erreicht, dauert 8 bis 10 Tage.

Nach diesen an unversehrten Thieren gewonnenen Erfahrungen studirte ich die endermatische Wirkung des Crotonöls bei Thieren, bei denen ich vorher das Brustmark in der Höhe des vorletzten Brustwirbels durchschnitten hatte. Mit diesem Eingriffe sollte die Bauch-

haut ausser Verbindung mit ihrem Innervations-Centrum gebracht werden.

Die betreffenden Versuchsprotokolle lauten:

## A. Versuchsprotokoll der I. Versuchsreihe.

### Blosse Rückenmarksdurchschneidung.

1. Versuch.

3. Januar 1883. Kleiner, junger, schwarzer, kurzhaariger Hund, am Bauche nicht behaart. Vier Pravaz'sche Spritzen einer zweiprocentigen Morphiumlösung subcutan injicirt. Das Rückenmark wird in der Höhe des vorletzten Brustwirbels durchschnitten, nachdem der Wirbel freigelegt worden ist. Ein Hollundermarkpfropf wird zwischen die beiden Segmente des durchschnittenen Rückenmarks eingekeilt. Operation verläuft fast ohne Blutverlust. Crotonöl rechts auf die Bauchhaut aufgetragen.

4. Januar. Keine Hautreaction. Hollundermarkpfropf aus dem Rückenmarkskanal entfernt. Antiseptische Wundbehandlung.

5. Januar. Die mit Crotonöl benetzte Hautpartie circumscript mit kleinen knötchenartigen Erhabenheiten dicht besät. Ausserdem einzelne Bläschengruppen oberhalb der sechsten Rippe rechts vom Sternum, sowie auf einer Hautfalte, die über dem rechten Darmbein liegt.

6. Januar. An der mit Crotonöl benetzten Stelle nur Knötchen, in der Umgebung Bläschen.

7. Januar. Knötchen flachen sich ab, die Bläschen fangen an einzutrocknen. Rückenmarkswunde hat ein gangränöses Aussehen.

8. Januar. Thier in der Nacht verendet. Sectionsbefund ergibt Pyämie als Todesursache.

2. Versuch.

5. Januar 1883. Mittelgrosser, junger, grauer Hund, morphinisirt. Rückenmark in der Höhe des vorletzten Brustwirbels durchtrennt. Rechts auf die Bauchhaut Crotonöl eingepinselt und ein Uhrglas über dieser Stelle mittelst Binden befestigt.

6. Januar. An der bepinselten Stelle, sowie in unmittelbarer Umgebung mit Eiter gefüllte Bläschen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse.

Da diese Versuche lehrten, dass die Crotonölentzündung in ihrem Verlaufe durch blosse Durchschneidung des Rückenmarks sich von

der am intacten Thiere hervorgerufenen nicht wesentlich unterschied, so schritt ich auf Grund der Betrachtung, dass nach den bekannten Erfahrungen von Goltz, Stricker etc. die Abtrennung des Rückenmarks nicht eine vollkommene Functionsstörung der in dem abgetrennten Segmente vorhandenen Innervationscentren bedeute, zu Versuchen, bei denen das abgeschnittene Rückenmark, so weit dies thunlich war, auch zerstört wurde.

Die folgenden Versuchsprotokolle geben über die Methoden, deren ich mich behufs Zerstörung des Rückenmarks bediente, die nöthigen Aufschlüsse:

## B. Protokoll der II. Versuchsreihe.

**Durchschneidung des Rückenmarks mit darauffolgender Zerstörung desselben.**

1. Versuch.

15. Januar 1883. Kleiner schwarzer Rattler mit Milchzähnen. In der Höhe des viertletzten Brustwirbels, sowie nahe dem Becken das Rückenmark an beiden Stellen durchschnitten. In die obere Oeffnung wurde ein Bleiröhrchen eingestossen und die zwischen beiden Oeffnungen liegende Rückenmarkspartie mit lauem Wasser durchgeschwemmt. Fast ohne Blutverlust operirt. Hautwunden vernäht. Nach der Operation macht das Thier krampfhafte Athembewegungen. Sowohl in die linke Achselhöhle, als in die linke Schenkelbeuge wurde je ein mit einem Tropfen Crotonöl benetzter Wattetampon aufgelegt und mit Calicobinden fixirt.

16. Januar. Gar keine Hautreaction. An beiden oben erwähnten Stellen (linke Achselhöhle und Leistenbeuge) wird neuerdings Crotonöl eingepinselt und fest verrieben.

17. Januar, 9 Uhr Morgens. Nach Angabe des Laboratoriumsdieners Tod vor einer Stunde unter Krämpfen eingetreten. Man findet in der Achselhöhle die Haut leicht geröthet, in der Leistenbeuge keine Hautreaction.

2. Versuch.

17. Januar 1883, Vormittags: Kleiner schwarzer Hund. In der Höhe des drittletzten Brustwirbels das Rückenmark durchschnitten und ein 13 Ctm. langes Bleirohr in den Rückenmarkskanal eingestossen und darin gelassen. In die Achselhöhle und Schenkelbeuge rechts einige Tropfen Crotonöl mittelst einer Pipette geträufelt und mit einem

Glasstabe verrieben. Thier nach der Operation in gutem Zustande. — Nachmittags: Die Haut in der Achselgegend geröthet. In der Schenkelbeuge keine Reaction.

18. Januar, Vormittags: In der Achselhöhle ausgebreitete, aber deutlich begrenzte Ecchymosen (Blutaustritte unter der Haut). Die Haut darüber ganz trocken. In der Leistenbeuge ganz normale Hautfarbe, die Haut selbst jedoch mit grieskorngrossen Knötchen dicht besät. — Die Haut der Achselhöhle und Schenkelbeuge links wird nun auch in derselben Weise mit Crotonöl behandelt.

19. Januar. Tod in verflossener Nacht erfolgt. Absolut keine weitere Hautreaction wahrnehmbar.

### 3. Versuch.

22. Januar 1883, Vormittags: Mittelgrosses Thier. Rückenmark zwischen vor- und drittletztem Brustwirbel durchtrennt. Eine Bleiröhre in den Rückenmarkskanal eingestossen. Crotonöl in beide Achselhöhlen, beide Leistenbeugen, sowie rechts auf den Bauch etwas unterhalb der Nabelhöhle geträufelt. — Nachmittags: In der linken Leiste ein Bläschen, sonst keine Hautreaction.

23. Januar. In den Achselhöhlen ist die Haut infiltrirt und einzelne kleine Ecchymosen wahrnehmbar. Leiste und Abdomen mit zahlreichen Bläschen besät.

24. Januar. Tod. Sectionsbefund: Rückenmark zerquetscht.

### 4. Versuch.

22. Januar 1883, Vormittags: Kleines Thier. Rückenmark zwischen vor- und drittletztem Brustwirbel durchtrennt und in den Rückenmarkskanal nach abwärts ein Bleirohr eingestossen. Crotonöl in beide Achselhöhlen, auf beide Leisten und auf den Bauch geträufelt. Thier nach der Operation etwas unruhig. — Nachmittags: In beiden Achselfalten die Haut in der Ausdehnung eines Stecknadelkopfes geröthet.

23. Januar, Vormittags: In beiden Achselhöhlen Haut infiltrirt, roth gesprenkelt und einzelne Ecchymosen. In den Leistenbeugen Haut nicht infiltrirt, doch zahlreiche flache Knötchengruppen, welche sich bis in die Leiste hinein fortsetzen.

24. Januar, Vormittags: Die Haut in den Leistenfalten ödematös, doch kein deutliches Exanthem. In den Achsel-

höhlen und auf dem Bauche ausgebreitetes Bläschenexanthem.

25. Januar. Thier in der vorausgegangenen Nacht gestorben. Bei der Section ergab sich, dass das Lendenmark ziemlich unversehrt war.

5. Versuch.

25. Januar 1883. Grösseres Thier, kurzhaarig. Rückenmark in der Höhe des drittletzten Brustwirbels durchschnitten, Bleirohr nach abwärts gestossen. In beide Achselfalten, sowie auf die Haut der Oberschenkel, die vorher rasirt wurden, Crotonöl eingepinselt. Thier nach der Operation in sehr gutem Zustande.

26. Januar. In beiden Achselfalten besonders entwickeltes und ausgebreitetes Blasen- und Pustelexanthem. Am rechten Oberschenkel ist die Haut an einer circumscripten Stelle über das Niveau erhoben, mit deutlich hervortretenden Follikeln, aber keine Blasen; am linken Oberschenkel ist die Haut in derselben Weise afficirt, nur sind noch überdies Excoriationen an dieser Stelle vorhanden, die vielleicht davon herrühren, dass der Hund auf dieser Seite liegt. Thier in sehr gutem Zustande, und zwar scheint bei demselben das Rückenmark nicht vollkommen zerstört zu sein, weil deutliche Schweifbewegungen wahrzunehmen sind.

27. Januar. In beiden Achselhöhlen sind die Blasen und Pusteln zum Theile geplatzt und arrodirt, am linken Oberschenkel sind leicht blutende Excoriationen, am rechten Oberschenkel ist die elevirte Hautpartie am Rande geplatzt und auf Druck entleert sich aus derselben Eiter.

28. Januar. Am rechten Oberschenkel hat sich eine circumscripte eitrige Zellgewebsentzündung entwickelt mit unversehrter Oberhaut. In beiden Achselhöhlen nimmt die heftige Pustelaffection ihren Verlauf.

29. Januar. Thier in der vorausgehenden Nacht gestorben. Der Sectionsbefund ergibt, dass das Rückenmark in seinen unteren Partien durch das Bleirohr seitlich comprimirt, doch nicht zerstört ist.

6. Versuch.

31. Januar 1883, Vormittags: Zu diesem Versuche wurde ein Hund (älteres Thier) verwendet, welches schon wiederholt zu Vor-

versuchen gedient hatte, und zwar hatte derselbe nach Einpinselungen mit Crotonöl prompt mit Blasen- und Pustelbildungen auf der Haut reagirt. Hier wurde das Rückenmark einmal in der Höhe des drittletzten Brustwirbels und dann tief unten im Lendentheile knapp über der Cauda equina durchtrennt. Hierauf wurde in die beiden Oeffnungen ein Galvanocauter eingeführt und zum Glühen gebracht. Dann wurde die Haut über beiden Oberschenkeln sowohl vorne als hinten und aussen rasirt und Crotonöl eingepinselt. Thier nach der Operation in sehr gutem Zustande. — $5^1/_4$ Uhr Abends: Thier liegt auf der linken Seite. Die Haut der vorderen linken Extremität, die am Vormittag mit Crotonöl bepinselt worden war, ist cyanotisch verfärbt, dabei mit zahlreichen Ecchymosen unter der Haut besetzt. An der Haut der linken hinteren Extremität waltet die livide Farbe vor ohne weitere Erscheinungen. An der rechten vorderen Extremität, namentlich am Rande der bepinselten Stelle einige Knötchen. An der rechten hinteren Extremität wenige rothe, stecknadelkopfgrosse Stellen im Niveau der bepinselten Hautpartie. Zustand des Thieres befriedigend.

1. Februar. An allen vier bepinselten Hautpartien gleiche Erscheinungen: lividbläuliche Marmorirung der Haut, abwechselnd mit blässeren hyperämischen Stellen ohne Niveauerhebung. Abends Tod des Thieres.

7. Versuch.

3. Februar 1883. Mittelgrosser Rattler. Am unversehrten Thiere wird die rechte hintere Schenkelbeuge rasirt und mit Crotonöl eingepinselt.

4. Februar. An der eingepinselten Stelle eiterhältige Pusteln auf entzündeter Basis.

5. Februar. Die Pusteln, zum grössten Theile geplatzt, haben das Aussehen von Geschwüren angenommen. — Nachmittags: Rückenmark vom drittletzten Brustwirbel an nach abwärts vollständig galvanocaustisch zerstört. Hierauf wird Crotonöl eingepinselt: 1. links am Kinne, 2. in die linke Achselhöhle, 3. in die linke Schenkelbeuge und 4. auf die Bauchhaut in der Mitte, gerade über der Vulva.

6. Februar; ad 1. Haut am Kinn: Leichte Hyperämie, mit einzelnen dunkelrothen, stecknadelkopfgrossen Prominenzen; ad 2. in der linken Achselhöhle ist die bepinselte Hautpartie bläulich verfärbt und mit einem deutlich erhabenen Rand begrenzt; ad 3. in der linken

Schenkelbeuge ist nur circa ein Drittel der mit Crotonöl bepinselten Hautpartie leicht cyanotisch verfärbt; ad 4. die über der Vulva gelegene Hautpartie leicht hyperämisch, mit einzelnen rothen Punkten die jedoch nicht prominiren, gesprenkelt.

7. Februar, Morgens: Tod in der Nacht eingetreten; ad 1. die Haut am Kinn zeigt diffuse, bläuliche, gleichmässige Verfärbung; ad 2. Achselhöhle: Haut lebhaft geröthet mit erhabenem Rande; ad 3. und 4. Haut in der Schenkelbeuge und Vulvagegend gleichmässig diffus bläulichroth verfärbt.

Sectionsbefund: Vollkommene Zerstörung im Wirbelkanal bis auf den Knochen von der durchtrennten Stelle an nach abwärts. Die obere Rückenmarkspartie bis in die Höhe der vierten Rippe septisch zerstört.

8. Versuch.

12. Februar 1883, Abends: Mittelgrosser gelber Rattler. Rückenmark in der Höhe des drittletzten Brustwirbels durchtrennt. Gegenöffnung über dem Kreuzbein. Die dazwischenliegende Rückenmarkspartie galvanocaustisch zerstört unter Schützung der oberen Partie. Beide Achselhöhlen, beide Schenkelbeugen, sowie eine wallnussgrosse Stelle am Halse (median) rasirt und mit Crotonöl bepinselt.

13. Februar, Vormittags: In beiden Achselhöhlen die ganze Hautpartie hyperämisch, mit zahlreichen gelblichen Blasen besetzt. In der Schenkelbeuge die Haut circumscript livid verfärbt, das darunter liegende Zellgewebe infiltrirt, aber keine Blasen. Die bepinselte Hautpartie am Halse livid roth und derb infiltrirt.

14. Februar, Vormittags: In den Achselhöhlen und am Halse starke Infiltration der Haut. Auf derselben und weit über die bepinselte Partie hinaus zahlreiche Pusteln. In den Schenkelbeugen ist die Infiltration von weit geringerer Intensität als in den Achselhöhlen und nur auf die bepinselten Stellen begrenzt. Im Bereiche dieser Infiltration hebt sich theilweise die Epidermis von ihrer Unterlage ab. Keine Pusteln.

15. Februar. Hund in der vorausgehenden Nacht verendet. Sectionsbefund: Rückenmark in seiner unteren Partie durchaus zerstört, oben intact.

9. Versuch.

22. Februar 1883. Kleiner schwarzer Hund. Oberhalb des vorletzten Brustwirbels und oberhalb des Kreuzbeines das Rückenmark durchschnitten, die dazwischenliegende Rückenmarkspartie galvanocaustisch zerstört. Die Achselhöhlen bis gegen den Thorax und die Leistenbeugen bis gegen das Abdomen rasirt und mit Crotonöl bepinselt.

23. Februar. An allen bepinselten Stellen livid-rothe Verfärbung der Haut mit geringer Infiltration. In der linken Leiste einzelne weissliche, linsengrosse Bläschen in der Umgebung der bepinselten Partie.

24. Februar. Hund in der vorausgehenden Nacht verendet. Auf der Haut in beiden Achselhöhlen einzelne Pusteln, die zum Theile an ihrem Rande arrodirt sind. In der Leiste von Blasen keine Spur. Die früher vorhanden gewesenen bis aufs normale Niveau eingesunken. Haut gleichmässig livid verfärbt. Sectionsbefund: Rückenmark vollständig zerstört.

Fassen wir die Affection jener Hautpartien ins Auge, deren Innervation nicht unterbrochen wurde, also vor Allem die der Achselhöhlen, so finden wir, dass sich dieselbe in hohem Grade von denen unterscheidet, die an Thieren mit nicht zerstörtem Rückenmarke auftraten. Ein ausgesprochenes Bläschenexanthem kommt nur in wenigen Versuchen zum Durchbruch. Meistens kommt es blos zu Ecchymosirungen und allgemeiner Infiltration. In noch höherem Grade scheint Form und Verlauf der Hautaffection in jenen Hautpartien verändert, deren Innervation durch Zerstörung des Rückenmarks aufgehoben wurde. Ich sage „scheint“, weil die diesbezüglichen Resultate nicht eindeutig genug ausfielen, also einen sicheren Schluss nicht zulassen. Zudem muss bemerkt werden, dass die Versuche, bei denen das Rückenmark blos zerquetscht wurde, nicht identificirt werden dürfen mit jenen, in denen die Zerstörung auf galvanocaustischem Wege vorgenommen wurde. Dort können möglicherweise Reizungsvorgänge mitgespielt haben, die hier ausfallen. Jedenfalls bedarf die Angelegenheit einer weiteren Bearbeitung, bei der vor Allem das Ziel vor Augen behalten werden muss, die Thiere länger am Leben zu erhalten und die auch eine genaue Untersuchung der Entzündungsvorgänge einzuschliessen hat. Da ich eine solche vorhabe, so unterlasse ich es, an diese immerhin wichtigen Versuchsergebnisse Betrachtungen anzuknüpfen, welche die causale Beziehung derselben zur Rückenmarkszerstörung betreffen.

Erwägen will ich nur die Möglichkeit, dass der Ablauf der Hautaffection im Grossen und Ganzen vielleicht nur deshalb beeinflusst wurde, weil die Thiere durch die ungemein eingreifende Operation sehr herabgekommen waren.

Um zu prüfen, inwieweit die Modification der in Rede stehenden Hautaffection von Umständen abhänge, die zunächst bloss auf den Allgemeinzustand des Thieres schädigend einwirken, nahm ich eine Versuchsreihe vor, bei der den Thieren vor der Application von Crotonöl grössere Blutmengen entzogen wurden.

Diese Versuche führten zu dem überraschenden Resultate, dass Art und Verlauf der Crotonöl-Hautentzündung wesentlich von der Art der Blutentziehung abhängt. Blutentziehungen, die aus der Carotis vorgenommen wurden, änderten nicht im mindesten den Ablauf der Entzündung, während Blutentziehungen aus der Arteria cruralis dieselbe in hohem Grade beeinflussten.

Damit der Leser die Verschiedenheit der Resultate leichter überblicke, habe ich nachstehend die Versuche in drei Gruppen geordnet.

In die erste Gruppe gehören jene Versuche, bei denen die Blutentziehung aus der Carotis vorgenommen wurde. In die zweite Gruppe jene, in denen das Blut aus der Arteria cruralis entnommen wurde. Bei den Versuchen der dritten Gruppe endlich wurde einige Zeit nach vorhergegangener Blutentziehung aus der Carotis eine zweite aus der Arteria cruralis vorgenommen.

Die wirkliche Reihenfolge, in der die Versuche ausgeführt wurden, ergibt sich zur Genüge aus dem beigefügten Datum.

## C. Protokoll der III. Versuchsreihe.

(Blutentziehungen.)

### I. Gruppe. Blutentziehungen aus der Carotis.

1. Versuch.

5. März 1883. Mittelgrosser Hund. In die linke Leiste Crotonöl eingepinselt.

6. März. Ausgebreitetes Blasen- und Pustelexanthem weit über die eingepinselte Stelle sich erstreckend. Aus der Carotis 125 Cubikcentimeter Blut abgenommen. In die Vena jugularis derselben Seite 250 Cctm. einer Kochsalzlösung (0,06 Theile NaOH; 6 Theile NaCl; 1000 Theile $H_2O$) von der Temperatur 57° C. transfundirt.

7. März. Ausgesprochenes Pustelexanthem. Die Pusteln gelblich, keine einzige, wie sonst häufig, hämorrhagisch. Auch ist die umgebende Haut vollkommen normal und durchaus nicht hyperämisch.

8. März. Das Pustelexanthem hat sich vom Bauch aus bis hinauf zum Thorax und hinunter bis gegen die Oberschenkel ausgebreitet. Die dazwischen liegende Haut stark hyperämisch.

9. März. Heftige Dermatitis, die an einzelnen Stellen sich zu Abscessen entwickelt.

10. März. Die Hautabscesse zum Theile spontan eröffnet, an vielen Stellen die Haut excoriirt. Bläschen und Pusteln im Eintrocknen begriffen.

12. März. Ganze Hautaffection in regressiver Metamorphose.

2. Versuch.

22. März 1883. Ganz kleines schwarzes Hündchen. 100 Cctm. Blut aus der rechten Carotis entnommen. Linke Leistengegend mit Crotonöl bepinselt. Thier nach der Operation in elendem Zustande, fast moribund.

23. März. Hund vollständig erholt. Keine Hautreaction.

24. März. Die Haut der linken Bauchhälfte intensiv geröthet, mit spärlichen hirsekorngrossen Bläschen besetzt. Rechts die Haut blass, in der rechten Inguinalgegend eine hanfkorngrosse Pustel mit ganz schmalem, rosenrothem Hof.

25. März. Status idem.

26. März. Linke Bauchhaut ganz besäet mit hanfkorngrossen Knötchen und Bläschen. Von den letzteren einige geplatzt, die kleine oberflächliche Excoriationen bilden. Die Pusteln in der rechten Inguinalgegend eingetrocknet.

27. März. Status idem.

28. März. Hund in der Nacht verendet. Hautaffection wie am vorhergehenden Tage.

3. Versuch.

31. März 1883. Graues Windspiel, starkes, kräftiges Thier. Aus der rechten Carotis 150 Cbctm. Blut entnommen. In die rechte Leistengegend Crotonöl eingepinselt. Thier trotz des starken Blutverlustes in sehr gutem Zustande.

1. April. An der rechten Bauchhälfte von hoch oben am Thorax bis hinunter zum Knie heftiges Blasen- und Pustelexanthem,

2. April. Blasen zum Theile confluirend, theilweise hämorrhagisch geworden.

3. April. Die Blasendecken, zum Theile abgehoben, geben den darunter liegenden Hautstellen geschwürähnliches Aussehen.

4. April. Die nicht excoriirten Stellen theils eingesunken, theils eingetrocknet; wo Excoriationen vorhanden, die Ränder in reparatione begriffen.

**II. Gruppe. Blutentziehungen aus der Arteria cruralis.**

1. Versuch.

26. Februar 1883. Mittelgrosser Rattler. Aus der rechten Art. cruralis etwa 120 Cbctm. Blut entleert. Hierauf Arterie unterbunden. Hautwunde vernäht. Linke Achselhöhle und linke Leistenbeuge mit Crotonöl bepinselt. Dem Hund wird das Futter entzogen.

27. Februar. Auf beiden eingepinselten Stellen einzelne Gruppen von Knötchen und Bläschen. In der nächsten Umgebung derselben die Haut geröthet.

28. Februar. Die Knötchen fast vollständig abgeflacht, die Bläschen beinahe gänzlich eingetrocknet und die Hyperämie in der Umgebung fast ganz geschwunden.

1. März. Hund wird wieder gefüttert. Die Hautaffection vollkommen in regressiver Metamorphose begriffen, bis endlich am

2. März nichts mehr wahrnehmbar ist. Am

5. März wird in der linken Leiste Crotonöl eingepinselt. Am

6. März keine Hautreaction. Am

7. März keine Hautreaction. In die rechte Leiste wird Crotonöl eingepinselt. Am

8. März zwei confluirende, kleine, gelbliche Bläschengruppen. Die Haut der Umgebung nicht im mindesten alterirt.

9. März. Diese Gruppen im Eintrocknen. Einzelne frische hanfkorngrosse isolirte Bläschen.

10. März. Sämmtliche Bläschen fast ganz eingetrocknet. Keine frischen aufgetreten.

12. März. Keine Hautaffection mehr wahrnehmbar.

2. Versuch.

26. Februar 1883. Mittelgrosser Rattler. In der linken Achselhöhle und linken Leistenbeuge wird Crotonöl eingepinselt.

27. Februar. Ausgebreitetes Knötchen- und Bläschenexanthem, besonders in der Leistenbeuge mit weit ausgedehnter rosenrother Hauthyperämie in der Umgebung.

28. Februar. Exanthem nimmt den bereits wiederholt beobachteten Verlauf. Sämmtliche Knötchen und Bläschen sind zu eiterhältigen, zum Theile hämorrhagischen Pusteln geworden, die über die ganze afficirte Hautpartie ausgebreitet sind. Nun werden aus der linken Arteria cruralis etwa 120 Cbctm. Blut entnommen und hierauf Crotonöl in die rechte Leistenbeuge geträufelt. Dem Hunde wird das Futter entzogen.

1. März. Rechterseits absolut keine Hauterscheinung, links involviren sich die Blasen und Pusteln ungewöhnlich schnell.

2. März. Status idem.

3. März. Links ist die Affection vollständig zurückgegangen, rechts keine Hautreaction.

Vom 3. bis 7. März Hund intact gelassen. Am 7. März in die rechte Leiste Crotonöl eingepinselt.

8. März. Keine Hautreaction.

9. März. Ein hirsekorngrosses weisses Knötchen, sonst die Haut vollkommen normal.

10. März. Knötchen vollständig abgeflacht.

11. März. Knötchen nicht mehr wahrnehmbar. Haut vollkommen normal.

12. März. Haut vollkommen normal.

### 3. Versuch.

19. März 1883. Kleiner schwarzer Hund. Aus der linken Art. cruralis circa 120 Cbctm. Blut entnommen. Rechte Leistengegend mit Crotonöl bepinselt.

20. März. Zwei isolirte, gelbliche, stecknadelkopfgrosse Bläschen. Uebrige Haut vollkommen normal.

21. März. Status idem.

22. Bläschen eingetrocknet, Haut normal.

### 4. Versuch.

23. März 1883. Rothbrauner Rattler. Mittelgrosses starkes Thier. Aus der linken Arteria cruralis 120 Cbctm. Blut entnommen. Rechte Leiste mit Crotonöl bepinselt.

24. März. An der rechten Bauchhälfte vom Nabel angefangen bis zum Knie hirsekorn- bis erbsengrosse schlappe Pusteln ohne deutlichen Hof, theils disseminirt, theils confluirend. Die Inguinalgegend und die mit Crotonöl eingepinselte Stelle relativ frei. In der Gegend des Nabels überschreitet die Affection um ein Geringes die Mittellinie. Die ganze linke Bauchhaut intact. Die Haut links hat dasselbe blassröthliche Aussehen, wie die nicht afficirten Stellen rechts.

25. März. Die Bläschen zum Theile eingetrocknet.

26. März. An den früher von Blasen bedeckten Stellen die Haut in Abschuppung begriffen. Die früheren Blasen durch Schuppen und dünne Krusten angedeutet. Von Substanzverlusten keine Spur.

5. Versuch.

28. März 1883. Dunkelbrauner Rattler. Aus der linken Arteria cruralis 130 Cbctm. Blut sehr rasch entnommen. In die rechte Leistengegend Crotonöl eingepinselt.

29. März. Rechtsseitige Bauchhaut leicht geröthet und durch zahlreiche hanfkorngrosse Knötchen auf derselben ein unebenes Aussehen darbietend. Einige wenige zerstreute gelbliche Bläschen dazwischen.

30. März. Die afficirte Hautpartie wieder abgeblasst, die Knötchen abgeflacht, die Bläschen eingetrocknet.

31. März. Hautaffection fast vollständig zurückgegangen.

2. April. Haut wieder ganz normal.

### III. Gruppe. Blutentziehung aus Carotis und Arteria cruralis.

1. Versuch.

a.

8. März 1883. Mittelgrosser Hund. Aus der rechten Carotis 125 Cbctm. Blut entnommen. In der linken Leiste Crotonöl eingepinselt.

9. März. Ganze linksseitige Bauchhälfte mit hirsekorngrossen Erhabenheiten besäet, einer Cutis anserina sehr ähnlich, dazwischen eingestreut einzelne stecknadelkopfgrosse und darüber isolirte weissliche Bläschen.

10. März. An Stelle der Knötchen ist heute ein ausgesprochenes Blasen- und Pustelexanthem über die ganze linksseitige Bauchhälfte ausgebrochen.

12. März. Das Exanthem in voller Blüthe.

13. März. Einzelne Blasen hämorrhagisch, andere eingetrocknet, die dazwischen liegende Haut bereits etwas abgeblasst.

14. März. Das Exanthem in voller Abnahme.

15. März. Blasen und Pusteln zum grössten Theile bereits eingesunken, andere vertrocknet.

b.

Nun wird demselben Thiere aus der linken Arteria cruralis 85 Cbctm. Blut entnommen und in die rechte Leiste Crotonöl eingepinselt.

16. März. Rechts absolut keine Hautreaction.

17. März. Drei hirsekorngrosse Bläschen auf vollkommen unveränderter Haut entstanden.

18. März. Bläschen etwas eingetrocknet.

19. März. Haut wieder vollständig normal.

## 2. Versuch.

a.

12. März 1883. Mittelgrosser Hund mit weissen Flecken. Aus der rechten Carotis 125 Cbctm. Blut tropfenweise langsam entnommen. Blutdruck vor der Blutentnahme 150 Mm. Hg, nach der Blutentnahme 60 Mm. Hg. Crotonöl in die linke Leiste eingepinselt. Kurze Zeit ($^1/_4$ Stunde) nach der Operation macht das Thier Rotationsbewegungen um seine Längsachse von rechts nach links.

13. März. Ausgebreitetes Knötchen- und Bläschenexanthem.

14. März. Exanthem in voller Blüthe (Bläschen und Pusteln).

15. März. Pusteln zum Theile zu Geschwüren excoriirt. Vom

16. bis 20. März. Hautaffection in regressiver Metamorphose begriffen, bis endlich am

21. März die Haut fast vollständig normal ist.

b.

An diesem Tage aus der linken Arteria cruralis 120 Cbctm. Blut entnommen. Die rechte Leistengegend mit Crotonöl bepinselt.

22. März. Die mit Crotonöl bepinselte kreuzergrosse Hautstelle circumscript livid cyanotisch verfärbt, mit einzelnen Blutaustritten in die Cutis. Dabei das Niveau etwas eingesunken, der Rand etwas erhaben. Hart an diesem Rande einige stecknadel-

kopfgrosse Bläschen in Bildung begriffen. Die übrige umgebende Haut normal.

23. März. Die afficirte Hautpartie weisslich verfärbt, deren Epidermis, leicht zu einer Blase emporgehoben, bietet ganz das Aussehen von Decubitus acutus dar. Die Bläschen in der Umgebung resorbirt und verschwunden.

24. März. Die betreffende Hautstelle bietet das Aussehen eines geschwürähnlichen Substanzverlustes dar, welcher Eiter secernirt und zum Theile mit frischen Granulationen besetzt ist.

26. März. Offenes granulirendes Geschwür.

Die vorliegenden zehn Versuche enthalten also fünf Blutentziehungen aus der Carotis und sieben Blutentziehungen aus der Arteria cruralis.

Die Resultate sind vollständig eindeutig und übereinstimmend. In allen Fällen, wo das Blut aus der Carotis entnommen wurde, führte die endermatische Application von Crotonöl zu den gleichen Erscheinungen, wie am unversehrten Thiere. Blutentziehungen aus der Cruralis hemmten mehr weniger die Entwicklung des Entzündungsvorganges. Auf die Frage, was diesen eclatanten Unterschied bedingt, könnte ich vorläufig nur mit Vermuthungen antworten und deshalb verschiebe ich die Antwort, bis weitere Versuche einen näheren Einblick in die Entstehungsbedingungen gestatten.

In directer Beziehung zu den früheren Versuchen mit Rückenmarkszerstörung stehen von den letzteren nur zwei. Der zweite Versuch aus der ersten Gruppe deshalb, weil hier die Blutentziehung das Thier in gleich hohem Grade herunterbrachte, wie der Eingriff der Rückenmarkszerstörung und weil auch hier das Thier die Blutentziehung nur wenige Tage überlebte; und der zweite Versuch aus der dritten Gruppe, weil es hier nach der zweiten Blutentziehung zu ähnlichen Erscheinungen auf der Haut kam, wie dort bei der Zerstörung des Rückenmarks.

Wären es nicht vereinzelte Versuche, die hier vorliegen, so könnte sich aus denselben die Betrachtung ergeben, dass der gestörte Entzündungsverlauf bei den Versuchen mit Rückenmarkszerstörung wohl nicht blos auf allgemeinem Herabgekommensein beruhe und dass die Blutentziehung aus der Arteria cruralis Aehnliches bewirke, wie die Zerstörung des Rückenmarks.

# Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartolinitis.

**Aus der Breslauer Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis.**

Von

**Dr. E. Arning**

Assistent der Poliklinik.

Wenngleich bereits mehrfach, besonders von französischen Autoren, auf die Wichtigkeit aufmerksam gemacht worden ist, welche den Bartolinischen Drüsen und ihren Ausführungsgängen als versteckten Sitzen einer gonorrhoischen Infection beim Weibe zukommt, so ist meines Wissens noch nicht von mycotischen Befunden in dem Secret bei Bartolinitis berichtet worden.

Bei Gelegenheit von mikroskopischen Untersuchungen, welche ich vor Kurzem über die bacteriellen Elemente in den pathologischen Secreten der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane anstellte, ist mir der constante Befund von Gonococcen in dem Eiter sowohl acuter als chronischer Formen von Bartolinitis als zunächst beachtenswerth aufgefallen.

Die Zahl der beobachteten Fälle, 8, ist zwar nicht eine besonders grosse, aber einerseits ist die in Rede stehende Erkrankung keineswegs so überaus häufig — es fand sich unter 35 gleichzeitig untersuchten, grösstentheils der Prostitution angehörigen Kranken nur ein einziger Fall, wo mucopurulentes Secret beim Druck auf die Drüse erlangt werden konnte — andererseits soll ja keine strittige Frage durch eine imponirende Zahlenstatistik entschieden, sondern nur die klinisch längst fixirte Thatsache von der virulenten Eigenschaft des Bartolinischen Eiters durch den Nachweis der Anwesenheit des Gonorrhöe-Bacteriums erhärtet werden.

Praktisch wichtig erscheint nur der Umstand, dass von den untersuchten 8 Fällen nur eine Patientin von ihrem Leiden wusste

und Beschwerden fühlte: hier handelte es sich um einen periadenitischen Abscess in der rechten grossen Schamlippe; und der durch Einschnitt entleerte, noch nicht putride Eiter enthielt massenhaft Gonococcen.

In den übrigen 7 Fällen stellte sich die Erkrankung stets nur bei genauester Untersuchung heraus; war dabei in 6 Fällen einseitig und zwar merkwürdiger Weise stets rechts. In dreien der Fälle war das Secret deutlich blennorrhoisch und entleerte sich als reichlicher gelber Tropfen bei leichtem Druck auf die etwa in Mandelgrösse fühlbare Drüse. In diesen Fällen wurde auch der Druck schmerzhaft empfunden. Bei dem zuletzt untersuchten Falle bestand weder eine Scheidenblennorrhöe, noch eine Urethritis, auch war das glasige Cervicalsecret frei von Bacterien, dagegen enthielt der Eiter, der spontan und auf Druck aus dem rechtsseitigen Ausführungsgang quoll, zahlreiche Gonococcen. — In den anderen chronischen Fällen konnte neben der Bartolinitis auch ein Fluor vaginalis und Urethritis chronica nachgewiesen werden.

Auch in diesen Secreten fanden sich die charakteristischen Coccen; freilich niemals allein, sondern mit einer grossen Zahl anderer Bacterien vermengt.

Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, dass das Secret stets nach vorheriger Reinigung der Umgegend des Ausführungsganges mit einer Nadel abgenommen wurde, und zwar möglichst nicht der erste Tropfen. — Die Untersuchung wurde in der üblichen Manier nach Auffärben des Trockenpräparats mit Anilinfarben mittelst der Zeiss'schen homogenen Immersionen $^1/_{12}$ und $^1/_{18}$, sowie dem Abbé'schen Condensor vorgenommen, daneben aber auch das frische Secret mit Wasser verdünnt direct untersucht.

Beim Studium dieser Präparate ergaben sich einige Abweichungen von demjenigen Verhalten der Gonococcen den zelligen Elementen des Eiters gegenüber, wie es neuerlich von Bockhart[1]) im Widerspruch zu den Angaben Neisser's und den bestätigenden Befunden der zahlreichen Nachuntersucher geschildert worden ist.

Vor allen Dingen kann ich durchaus nicht zugeben, dass die Coccen sich in den Kernen der Eiterzellen vorfinden, wie Bockhart behauptet. Es wäre das überhaupt ein Punkt

[1]) Diese Zeitschrift, Jahrgang 1883, Heft 1.

von principieller Bedeutung, denn bisher ist es, so viel ich weiss, nicht gelungen, Bacterien in den Zellkernen nachzuweisen, weder in solchen von Epithelien, noch von Bindegewebszellen, noch von weissen Blutkörpern, sei es, dass diese frei im Blut oder Eiter, sei es als Wanderzellen im entzündeten Gewebe sich vorfinden. Ich möchte nach den Bockhart'schen Abbildungen als absolut sicher annehmen, dass er sich durch die Körnelung in den zerfallenden Kernen hat täuschen lassen.

Um dieses nachzuweisen, eignet sich am besten die Färbung mit Methylenblau, und zwar mit einer alkoholischen Lösung. — Dieser Farbstoff ist schon vor Jahren von Ehrlich so sehr empfohlen worden, weil er nicht so leicht überfärbt wie das von Bockhart hauptsächlich angewandte Methylviolett. Vor allen Dingen färbt er nicht so gleichmässig, sondern die Kerne und ihre Körner mit einer helleren und durchsichtigeren Farbennuance als die Coccen; und auch diese nach ihrer, wie Leistikow richtig angibt, etwas variirenden Grösse und wohl dieser entsprechendem Alter, mit differenter Intensität. Letzteres kann besonders schön an Gonococcus-Reinculturen beobachtet werden. Uebrigens ist diese so leicht zu Täuschung Anlass gebende Kern-Körnelung auch in jedem beliebigen Gewebeschnitt-Präparat zu constatiren, sobald es sich um Kerne von zu Eiterzellen modificirten Wanderzellen handelt. Mit dem vorzüglichen Zeiss'schen System $^1/_{18}$ kann man ferner ohne Rücksicht auf den Unterschied im Farbentone aus der Gestalt allein ersehen, dass die Körner in den Kernen keine Gonococcen sind; sie sind rund und wenn sie auch manchmal, wie Bockhart angibt, paarweise bei einander liegen mögen, fehlt ihnen doch die charakteristische Concavität auf den zugekehrten Flächen.

Ein weiteres Hilfsmittel zur richtigen Erkennung der Lagerung der Coccen ist dann die Auffärbung des durch Methylenblau ungefärbt und fast unsichtbar bleibenden Zellprotoplasmas mit Eosin. Eine gleichmässige Doppelfärbung zu erreichen, ist allerdings nicht ganz leicht; am besten scheint sie mir zu gelingen, wenn man ein erhitztes Trockenpräparat erst auf einige Zeit mit einer concentrirten Lösung von Eosin in Glycerin behandelt und dann nur auf einen Moment einer concentrirten alkoholischen Methylenblau-Lösung aussetzt.

Ich will gewiss das ja auch leicht verständliche freie Vorkommen der Coccen im Secrete nicht bestreiten, wie man es an jeder acuten Blennorrhöe demonstriren kann, glaube aber, dass das, was Bockhart

als frei zwischen Kernen von Eiterzellen liegende Coccenhaufen beschreibt und zeichnet (Fig. 1), thatsächlich nicht frei liegt. Auch glaube ich nicht mit Bockhart, dass die Kerne frei im Secret liegen, sondern dass es sich auch hier um die mehrfachen Zerfallsprodukte des Kernes eines weissen Blutkörperchens handelt, wie solche für den Vorgang der Eiterung charakteristisch sind. Bei der von mir erwähnten Doppelfärbung sieht man regelmässig 2—4 solcher hellblauer Kerne im Innern eines rosarothen Protoplasmaleibes liegen; und neben und zwischen den Kernen finden sich dann mit einer feinen, fast von Farbe freibleibenden Schleimhülle umgeben die dunkelblauen Coccenpaare.

Dass es sich factisch um einen Einschluss, nicht, wie Bockhart meint, um eine „zufällige Adhäsionserscheinung" handelt, scheint mir aus zweierlei Gründen hervorzugehen: einmal wäre bei äusserer Auflagerung der Coccen zu erwarten, dass man bei verschiedener Einstellung je von der Ober- und Unterseite der Zelle ein deutliches Bild erhalten würde, und zweitens ist nicht recht ersichtlich, weshalb bei oberflächlicher zufälliger Anklebung die Kerntheile niemals von Coccen optisch gedeckt werden.

Auch Professor Neisser, welcher früher die Ansicht des äusseren Anhaftens vertrat, ist, wie er mir gütigst mitzutheilen gestattet, jetzt eher geneigt, die Einlagerung anzunehmen.

Durch die Doppelfärbung mit Eosin und Methylenblau wird man auch noch vor einer weiteren Verwechselung bewahrt. Es finden sich dabei noch Zellen von verschiedener Grösse, meist aber den Umfang der weissen Blutkörperchen übertreffend, deren Protoplasma grob und unregelmässig gekörnt ist, so dass die einzelnen Körner fast die Grösse von Gonococcen erreichen.

Diese Protoplasmakörner färben sich sehr intensiv mit einem eigenthümlich roth-violetten Farbenton, der, besonders wenn das Methylenblau nicht zu intensiv eingewirkt hat, sehr deutlich von dem kräftigen Blau der Kernkörner und Coccen absticht. Diese im Gonorrhöe-Eiter regelmässig, ferner im submucösen Bindegewebe vorkommenden sogenannten Mastzellen (Ehrlich) lassen unter Umständen auch nach Platzen des Zellleibes ihre Körner austreten und haben bekanntlich schon öfters und auch wohl in den Bockhart'schen Präparaten zu Vortäuschungen bacterieller Befunde Veranlassung gegeben.

Zum Schlusse sei noch des Verhältnisses der Gonococcen zu den Epithelzellen Erwähnung gethan. Dass bei „den Tausenden" von Präparaten, welche Bockhart von Trippereiter anfertigte, sich niemals mit Coccen besetzte Epithelien vorfanden, erscheint höchst auffallend.

Die acuten Blennorrhöen zeigen allerdings das Bacterium fast ausschliesslich an die Eiterzellen gebunden, doch weist uns fast jede chronische Gonorrhöe solche von Coccen besetzte Epithelien in Menge auf. Manchmal sind auf zusammenhängenden Plattenepithelfetzen ganze Coccenrasen entwickelt. Auch in zweien meiner Fälle von chronischer Bartolinitis fanden sich solche platte Epithelien des Ausführungsganges mit Coccen dicht besetzt.

Wenn ich nach diesem mycotischen Excurse noch kurz auf das Klinische zurückkomme, so scheint mir das Resultat der Befunde zu sein, dass die Ausführungsgänge der Bartolinischen Drüsen des Weibes und besonders die der Prostituirten eine grössere Beachtung verdienen, als ihnen vielleicht überall zu Theil wird, da wir jetzt in ihnen einen sicheren Schlupfwinkel und Hinterhalt für die Gonococcen kennen.

Leider ist die Therapie schwierigen Verhältnissen gegenüber gestellt; doch sind Sublimat-Injectionen mittelst einer feinen Canüle, in den hartnäckigen Fällen eventuell Spaltung des Ausführungsganges gewiss indicirt.

# Ein Fall von Papillomatosis universalis.

**Aus der dermatologischen Klinik des Prof. E. Lang in Innsbruck.**

P. K., 34 Jahre alt, Bauernknecht, aufgenommen 29. October 1881, war bis zu seinem 15. Lebensjahre vollkommen gesund; zu jener Zeit erkrankte er nach Aussage der damals consultirten Aerzte an schwarzen Blattern. Er musste 4 Wochen das Bett hüten und konnte wegen Schwellung der Augenlider durch 14 Tage die Augen nicht öffnen, auch zu sprechen war ihm durch 3 Wochen nicht möglich. Das Zimmer hütete er noch längere Zeit. Da seine Haut nach Abheilung der Blattern immer erkrankt blieb und die Umgebung eine Uebertragung der Krankheit besorgte, verliess er auch in den folgenden zwei Jahren Haus und Hof nicht. Das Gros der Veränderungen soll damals nahezu dasselbe gewesen sein, wie sie heute angetroffen werden. Patient besah sich zu jener Zeit im Spiegel, und erschrak vor sich selbst derartig, dass er den Spiegel wegwarf und nie mehr zu bewegen war, in einen solchen hineinzublicken. Obwohl die Hautdecke nach Ablauf der Blattern nie mehr gesund war, so waren doch bald Besserungen, bald Verschlimmerungen zu verzeichnen; es sollen nämlich „Gocken“ (worunter der Tiroler allerhand Efflorescenzen versteht) an beiden Unterschenkeln aufgetreten sein, die, da sie sehr intensiv juckten, ihn zu ausgiebigem Kratzen nöthigten, so dass das Blut förmlich von den Beinen troff; ähnliches wiederholte sich an den Vorderarmen, der Brust, hauptsächlich über dem Sternum, ferner im Gesichte, an der behaarten Kopfhaut und zerstreut und vereinzelt an verschiedenen anderen Körperstellen; da Patient fortwährend kratzte, blieb die Haut immer wund, schmerzhaft und leicht blutend. Die Warzen an den Unterschenkeln sollen erst im Laufe der Zeit entstanden sein; wann? weiss Patient nicht anzugeben. Patient hat nie gebadet, seit vielen Jahren sein Gesicht

nicht gewaschen, da ein dahin zielender Versuch wegen der heftigen Schmerzen und der darauffolgenden Verschlimmerung seines Leidens ihn für immer davon abhielt; nur die Augen befeuchtete er mit Wasser aus Furcht, dieselben könnten sonst wie seine Haut erkranken. Der Patient war als Bauernknecht, Schafhirt, Taglöhner u. s. w. beschäftigt; zuletzt verlegte er sich darauf, Maulwürfe zu fangen. Die Eltern des Patienten waren gesund und von keinem Hautleiden befallen. Patient hat gegen sein Leiden anfangs Theewaschungen und irgend eine von einem Kurpfuscher verordnete Medicin, ohne irgend einen Erfolg, gebraucht. — Soweit die Angaben des Kranken. Von Seite eines Anverwandten, bei dem unser Patient wohnte, erfuhren wir, dass letzterer menschenscheu und verbittert, ab und zu trübsinnig war, was auf die durch seinen Zustand verursachte gemüthliche Verstimmung zurückgeführt wurde. Vertrauenswürdige Personen seiner Heimatsgemeinde bestätigten im Allgemeinen die anamnestischen Angaben, die sie nur darin corrigirten, dass die Mutter des Patienten im Gesichte „seit jeher" ähnliche Veränderungen dargeboten, dass sie den Kopf immer mit einem Tuche verbunden hatte, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil sie Anstand nahm, ihn frei zu lassen, und dass Patient dem Alkoholgenusse sehr ergeben war.

St. präsens: Patient mittelgross, mässig genährt, von ziemlich kräftigem Körperbau, scheu, von sehr niederer Intelligenz. Die ganze Haut, welche allenthalben Zeichen der grössten Verwahrlosung trägt, ist mit Einschluss der behaarten Kopfhaut krankhaft verändert, und es bleiben nur wenige Partien übrig, die normal beschaffen sind. Im Ganzen sieht die Hautoberfläche uneben, höckerig, wie gekörnt aus; theils durch Pigment, theils durch aufgelagerten Schmutz verschieden gefärbt, theils mit eingetrocknetem Blut und Borken bedeckt. Das Kopfhaar schwarz, glanzlos, viel Schmutz aufweisend; die Kopfhaut mit einer dicken Lage schmutziggrüner, weicher Krusten bedeckt, wodurch Haare sowohl unter einander, als auch an die Haut angeklebt sind; die aufgelagerte Masse, die einen ranzigen Geruch verbreitet, lässt sich leicht mit einer Sonde abheben, dabei kommt eine grobkörnige hügelige, chagrinartige Oberfläche von fettigweichem Anfühlen zu Tage. — Die sehr schmale Stirne und das Gesicht mit zahlreichen stecknadelkopf- bis erbsengrossen papillären Wucherungen besetzt, die theils einzeln, theils zu grösseren Gruppen vereinigt sind; dieselben erscheinen am zahlreichsten und entwickeltsten über der Gla-

bella, an den Schläfen und den Wangen; sie sind mit schmutzigen, dunkelgrünen, eingetrockneten Krusten überzogen, wodurch das Gesicht wie mit einer Larve bedeckt erscheint, gegen den Nasenrücken hin nehmen die Wucherungen sowohl an Zahl als an Grösse ab, an welcher Stelle man zwischen den Papillömchen auch der Blatternarben ebenso wie in der Umgebung des Mundes ansichtig wird. Auch die übrigen Partien des Gesichtes und Kopfes, als: obere und untere Augenlider, Augenbrauen, beide Flächen der Ohrmuscheln, Bartgegend erweisen sich in gleicher Weise verändert, wobei die papilläre Oberfläche, bald nur epithelial bedeckt, bald mit Schmutz oder fettigen Borken überzogen ist. Die Cilien der unteren Augenlider fehlen grösstentheils. Am Halse findet man bald einzeln stehende, bald zu kleineren oder grösseren Gruppen vereinigte schmutzigbraun pigmentirte Wärzchen, von Stecknadelkopf- bis Vogelschrotgrösse. Diese mit etwas dünner Basis aufsitzenden, an der Oberfläche hie und da wenig gelappten, trockenen, nicht schuppenden Gebilde ähneln vollkommen manchen venerischen Papillomen, die auf trockener, nicht macerirter Haut angetroffen zu werden pflegen. — Aehnliche Bildungen, nur viel dichter angeordnet, sieht man am Stamme, und da erscheinen uns der Rücken, die Seitenflächen der Brust und das Gesäss insbesondere reichlich besetzt, während Supra- und Infraclaviculargegend nahezu normal, die Lendenregion nur wenig erkrankt ist. Da, wo die Warzen dichter stehen, findet man zwischen ihnen reichlichen Schmutz angesammelt, der über dem Sternum (sowie im Gesichte, am Kopfe, an den Vorderarmen und Unterschenkeln) eczematöse Reizungszustände und Borkenbildung begünstigte. An den normal gebliebenen Partien des Stammes sind Blatternarben ebenfalls erkennbar. — An den oberen Extremitäten ist die Streckseite viel intensiver erkrankt als die Beugeseite. An der Streckseite des Oberarms erscheinen die papillären Bildungen, die denen am Rücken gleichen, dicht aneinandergereiht und grösser als an anderen Körperstellen; die Streckseite des Ellbogens jedoch beinahe vollkommen normal; die Beugeseite des Oberarms, sowie Achselhöhle weist viel mehr normale als erkrankte Hautpartien auf, die Haut erscheint hier geschmeidig, weich, während sie sich sonst wenn auch nicht infiltrirt, so doch trocken anfühlt. An der Streckseite des Vorderarmes sieht man die Haut in einer Länge von 16—18 Ctm. und in einer Breite von 5 Ctm. blauröthlich, theilweise excoriirt, mit schmutziggrünen Borken besetzt; diese scharf-

begrenzte Hautpartie findet man von dicht aneinandergereihten, braun pigmentirten Papillomen beinahe kranzförmig umgeben. Am Handrücken ist die Krankheit nur wenig entwickelt, hier sind einzelne, theils zerstreute, theils zu Gruppen vereinigte kleine Wärzchen vorhanden; an der Volarseite der Hand und der Finger ist die Haut verdickt, trocken, die Furchen vertieft. Am Oberschenkel beiderseits findet man wieder die Beugefläche intensiver als die Streckseite, die Leistenbeuge weniger intensiv erkrankt. Ganz verschieden zeigt sich die Erkrankung an den Unterschenkeln, wo etwa $2^1/_2$ Querfinger oberhalb des Sprunggelenkes und 5 Querfinger breit unterhalb des Kniegelenkes die ganze Circumferenz, und zwar an der Streckseite stärker als an der Beugeseite, derart verändert ist, dass die Haut von dicht gedrängten, bald warzigen, bald sphärischen bis erbsengrossen, blauröthlich gefärbten, grösstentheils des Epithels entblössten und deshalb nässenden, eiternden und leicht blutenden, ziemlich derben Wucherungen besetzt ist und dem entsprechend verschiedene Borkenauflagerungen aufweist. Die übrigen Partien des Unterschenkels, sowie die Fussrücken nicht stark erkrankt, die Wärzchen sind hier reichlich mit Schmutz bedeckt, Inguinaldrüsen beiderseits stark geschwellt. Mit Ausnahme von einigen vereiternden Acneknoten am Rücken lassen sich im Uebrigen weder an äusseren noch inneren Organen krankhafte Veränderungen nachweisen. — Bei der mikroskopischen Untersuchung eines aus der Haut des Rückens excidirten Stückchens fand man die Wärzchen der Hauptsache nach aus Bindegewebe bestehend; das epitheliale Lager im Mucus reichlicher wie sonst pigmentirt. Da wir zu wiederholten Malen die Beobachtung machen konnten, dass kleinere venerische Papillome auf Bepinselung mit Liquor ferri sesquichlorati verdorrten und abbröckelten, und die grösseren meistens morscher wurden und mit dem scharfen Löffel leichter und mitunter schmerzlos sich entfernen liessen, so schritten wir auch hier, insbesondere bei den trockenen Warzen, zur selben Methode. Wiederholte Bäder und Beölungen dienten zur Entfernung der Krusten und des aufgelagerten Schmutzes. Neben dem prüften wir an umschriebenen Stellen des Kopfes, des Gesichtes und der Unterschenkel reine Carbolsäure, ätherische Jodoformlösungen, Natriumäthylat c. op. und andere Präparate. Obwohl nun Schrumpfungen der Wucherungen auf diese Applicationsarten constatirt werden konnten, so war im besten Falle nur nach einer sehr langen Be-

handlungsdauer einige Besserung zu erwarten; man entschloss sich darum am 19. December beide Unterschenkel, die am intensivsten erkrankt waren, in der Narkose vermittelst des scharfen Löffels von den Auswüchsen zu befreien und die gesetzte Wundfläche mit Jodoform zu verbinden. Als nach 5 Tagen der Verband das erste Mal gewechselt wurden, boten die Unterschenkenl eine schöne vollkommen glatte Wundfläche dar; auch sonst war das Befinden befriedigend. Am 31. December bemerkt man an dem Kranken (dessen Disposition zur Schwermuth durch das Jodoform gesteigert worden sein mag) confuses Handeln und Sprechen, seine Sinne werden immer trüber, allmälig verfällt er in ein immer mehr zunehmendes Wehklagen und Jammern, so dass er am 4. Jänner 1882 auf die Irrenabtheilung transferirt werden musste. Hier befand er sich durch dritthalb Monate und zeigte die Erscheinungen einer ausgesprochenen Melancholie; während dieser Zeit waren die Unterschenkel geheilt, die sie bedeckende Haut war glatt, resistent und stach durch ihre Weisse von der Umgebung ab. — Am 22. März 1882 starb er in Folge eines Sturzes unter den Erscheinungen einer Gehirnerschütterung. Der Sectionsbefund ergab keine unmittelbare Todesursache.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

## Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

---

# Syphilis.

1. **Fürbringer.** Untersuchungen über die Herkunft und klin. Bedeutung der sog. Spermakrystalle nebst Bemerkungen über die Componenten des menschl. Samens und der Prostatorrhöe. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. III, 2, 1881.)
2. **Derselbe.** Ueber Spermatorrhoe und Prostatorrhöe. (Volkmann's klin. Vorl. Heft 207, 1882.)
3. **Derselbe.** Zur Diagnose der Harnröhrenausflüsse. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, Heft 2, 1883.)
4. **Derselbe.** Untersuchungen über die Natur, Herkunft und klin. Bedeutung der Urethralfäden (sog. Tripperfäden). (Arch. f. klin. Med. Bd. 33, 1, 1883.)
5. **Vajda.** Ueber einige seltenere Befunde bei der chronischen Blennorrhöe der männlichen Harnröhre. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 37 und 38, 1882.)
6. **Balmanno Squire.** Ueber eine neue Urethralspritze. (Med. Times and Gazette. 10. Juni 1882.)
7. **Whitehead.** Ueber Irrigation der männlichen Harnröhre bei Blennorrhöe. (Brit. med. Journ. April 8, 1882.)
8. **Curtis.** Irrigationen von warmem Wasser zur Behandlung der Blennorrhagie. (The medical Record. 21. April 1883.)
9. **Campana.** Jodoform bei acuter Urethritis. (La Salute. Genua, 1. März 1883.)
10. **Wertheim.** Kohlensäure gegen Impotenz. (Wr. med. Jahrbücher. 1882.)

Fürbringer fasst seine in der letzten Zeit publicirten Untersuchungen (**1**, **2**, **3**) bezüglich der Differentialdiagnose von Spermatorrhöe, Azoospermatorrhöe, Prostatorrhöe, Urethrorrhöe ex libidine und chronischer Gonorrhöe in einem jüngst erschienenen Aufsatze (**3**) zusammen:

Unter Spermatorrhöe sind die krankhaften Samenverluste zu verstehen, welche regelmässig während der Defäcation und im Anschlusse an die Harnentleerung (ohne Orgasmus) erfolgen. Der Zustand, der viel häufiger ist, als angenommen wird, ist kein Endstadium der krankhaften Pollutionen; Gonorrhöe und Abusus sexualis sind seine häufigsten Ursachen.

Die Spermatorrhöe wird zur Azoospermatorrhöe, wenn zur gleichen Zeit Azoospermie besteht, d. h. wenn die Hoden (meist in Folge von Epididymitis duplex) keine Spermatozoen mehr produciren.

Prostatorrhöe ist das (seltene) Vorkommen eines vorwiegend durch Prostatasecret hergestellten Harnröhrenausflusses, der bald continuirlich, bald an Defäcation und Miction gebunden auftritt. Prostatitis chronica, vorwiegend in Folge von Gonorrhöe, ist die Grundlage.

Unter Urethrorrhöe ex libidine versteht der Verfasser das besonders bei anämischen und nervösen Individuen häufige Phänomen eines stets spärlichen, an intensive geschlechtliche Erregung und vollständige Erection des Gliedes geknüpften Harnröhrenausflusses ohne Ejaculation und ohne Befriedigung. Das Secret der Harnröhre nach dem Verfasser das Produkt der Glandulae urethrales (Littré) und der Cowper'schen Drüsen, ist klar, fadenziehend, enthält spärliche Epithelien und Rundzellen.

Bei Spermatorrhöe und Azoospermatorrhöe findet man im Samen neben oder ohne Samenfäden stets noch:

a) Hodensecret, eine viscide, mattweisse, geruchlose Flüssigkeil nebst Hoden- (Rund-) zellen;

b) das Samenblasensecret, eine gelatinöse Masse in Form sagoähnlicher Körner oder einer weissen, zähen und fadenziehenden durch conc. Alkalien zu Wolken fällbaren Globulinsubstanz.

Hat man durch den negativen Ausfall dieser Probe Spermatorrhöe ausgeschlossen, so erübrigt noch die Differentialdiagnose zwischen Prostatorrhöe und chronischer Gonorrhöe. Für letztere spricht Spärlichkeit des Ausflusses (die bekannten einzelnen [Morgen-] Tropfen), für erstere sehr starke Druckempfindlichkeit bei Digitalpalpation der Prostata und Prostatasecret, welches enthält: 1. Zahlreiche geschichtete Amyloide und kleine mässig lichtbrechende Körner (Leucithin); 2. reichliche, aber gleich den Amyloiden nichttypische Cylinderzellen, besonders in der zweischichtigen Anordnung constant vorkommend; 3. die grossen, sog. Sperma- oder Böttcher'schen Krystalle. Der

Nachweis der letzteren wird geführt durch Vermischen eines Tropfens der fraglichen Produkte mit einem Tropfen einer 1%igen Lösung von phosphorsaurem Ammoniak auf dem Objectträger. Meist schon nach 1 Stunde scheiden sich die Krystalle in zahlreichen grossen überraschend schönen Formen aus.

Die Böttcher'schen Krystalle sind ein Bestandtheil des Prostatasaftes. Das Secret der Prostata ist übrigens nicht, wie noch immer vielfach angegeben wird, schleimig zäh, klar und geruchlos, sondern dünnflüssig, milchig getrübt und führt den charakteristischen Spermageruch (angeblich von den Spermakrystallen herrührend).

Alle diese Angaben beziehen sich nur auf das unabhängig vom Harn entleerte Secret; zu beachten ist daneben noch die Harnentleerung. Fängt man die erste und die letzte Portion gesondert von der Hauptmenge auf, so deutet die Gegenwart von Tripperfäden in der ersten Portion auf Gonorrhöe; in der ersten und Hauptportion auf Prostatorrhöe (da sie gern während des Urinirens aus der Prostata nachrücken).

Unter der Bezeichnung Urethralfäden versteht Fürbringer (4) alle durch den Act der Harnentleerung in Form von makroskopischen Fäden und Flocken zu Tage geförderten pathologischen Produkte der Harnröhre, resp. der in sie einmündenden Drüsen. Fast ausnahmslos werden diese Gebilde durch den ersten Harnstrahl ausgespült, flottiren im Harn und sedimentiren sich schliesslich. Während sich das makroskopische Verhalten der Fäden nach Verf. als äusserst variabel gestaltet, lehrt die mikroskopische Untersuchung derselben, dass als die wichtigsten Bestandtheile der Urethralfäden, Rundzellen und Epithelien erscheinen, die eingebettet sind in eine meist schleimig-gallertige Grundsubstanz. Die Rundzellen sind es, welche ganz vorwiegend die trübe gelbe Beschaffenheit der Fäden bedingen und sie bisweilen eiterpfropfähnlich gestalten. Je spärlicher die Zwischensubstanz, desto brüchiger, bröckelnder die Fäden, welche dann selten beim Schütteln des Harns in gewöhnliches Eitersediment sich umwandeln. Während den Rundzellen eine besondere klinische Bedeutung nicht zukommt, erweisen sich nach Verf. die Epithelien unter Umständen von hoher semiotischer Bedeutung. Dieselben sind fast constant, und treten an Zahl im Allgemeinen gegen die Rundzellen wesentlich zurück. Ihrer Form nach bringt sie Verf. in drei Gruppen,

und zwar unterscheidet er: 1. Grosse Plattenepithelien. Der relativ häufigste Befund, sehr ähnlich den Blasenepithelien, theils isolirt, theils in continuo in Form kleiner Inseln erscheinend. Verf. traf sie im initialen mucösen Stadium des acuten Trippers, sowie in einigen Fällen nicht virulenter Urethritis als ausschliesslichen epithelialen Bestandtheil der Fäden (Desquamation der obersten Schicht des Urethralepithels in der vorderen Partie der Pars pendula). 2. Die Zellformen des geschichteten Uebergangsepithels. Verf. fand rundliche, ovale, polygonale, spindel-, keulen- und walzenförmige, endlich geschwänzte Formen. Viel seltener sind 3. Cylinderepithelien. Im Gegensatz zu den Angaben der meisten Autoren, die sich mit diesem Gegenstande beschäftigt haben, fand Verf. nur selten fettige Entartung der Epithelien; dagegen beobachtet er fast constant eine Umwandlung derselben in blasse homogene Schollen, welchen die Fähigkeit zukommt, sich mit Jod exquisit zu bräunen, welche aber doch keine Amyloidreaction geben, was das indifferente Verhalten der jodgebräunten Zellen gegen Schwefelsäure, sowie der Mangel einer Farbenreaction bei Behandlung derselben mit Methyl- und Gentianaviolett beweist. Ausser im Harnsedimente hat jedoch der Verfasser diese Körper bei verschiedenen pathologischen Zuständen des Urogenitalsystems auch in der Epithelauskleidung der Harnröhre gesunder Lebender nachweisen können. Die Grundsubstanz erscheint fast ausnahmslos als farblose, homogene oder leicht streifige Masse, die nach der mikrochemischen Untersuchung zum grössten Theil aus Mucin besteht.

Unter den sonstigen gelegentlichen Bestandtheilen der Urethralfäden erwähnt der Verf. rothe Blutkörperchen, Krystalle von Harnsäure, Kalkoxalat, Tripelphosphat, amorphe Urate, concentrisch geschichtete Amyloide, Myelinformen und unbestimmten Detritus; ziemlich constant sind Mikroparasiten, ferner nicht selten Spermatozoen. Unter den Erkrankungen, bei denen Verf. die erwähnten Gebilde vorfand, steht obenan die Gonorrhöe. Beim acuten Tripper ist es für das initiale mucöse Stadium charakteristisch, dass der Epithelialeinschluss der Fäden fast ausschliesslich aus grossen Pflasterzellen besteht, was aus der Localisation des Katarrhs auf die schiffförmige Grube leicht verständlich ist; im mucösen Endstadium dagegen konnte Verf. stets Uebergangsepithelien in reicher Menge innerhalb der Tripperfäden constatiren, eine nothwendige Consequenz des jetzt bis in den hintersten Abschnitt der Urethra propagirten Processes. —

Im blennorrhöischen Stadium fehlen die Tripperfäden. Für den chronischen Tripper ist der Tripperfaden geradezu das klinische objective Symptom katexochen, denn der eintretende Tropfen kann dem Pat. wie dem Arzte wegen seiner Spärlichkeit oder des mangelnden Transportes aus dem hinteren Abschnitte der Harnröhre nach vorn entgehen, jener erscheint stets im Harn nachweisbar „als verlässlicher Bote der Vorgänge in der Urethra", und seit Jahren dient dem Verf. der Tripperfaden bei seinen Gonorrhöikern als bequemstes und feinstes Reagens ausgebliebener Heilung. Der epitheliale Einschluss der Tripperfäden beim chron. Process unterscheidet sich wesentlich von dem Befunde innerhalb des mucösen Endstadiums des acuten Trippers. Zweitens beobachtete Verf. Urethralfäden in typischer Ausbildung in 7 Fällen im Verlaufe verschiedener Formen von nicht virulenter Urethritis, und zwar nach Injectionen reizender Medicamente und nach Katheterismus. Die dritte Affection, welche Urethralfäden, und zwar solche mit reichlichen Cylinderepithel-Einschluss (siehe oben) zu liefern pflegt, ist die Prostatorrhöe, und zwar die chronische Prostatitis, nicht die auf Hypertrophie der Drüsen beruhende Form. Bei dieser wird nur ein Theil der Fäden mit dem ersten Harnstrahl ausgespült, während der Harnentleerung folgen andere nach, was bei einfacher Gonorrhöe nie der Fall ist.

Vajda berichtet (5) über zwei Fälle von Excrescenzen an der Oberfläche der Urethra:

Der erste Fall betraf einen 49jährigen tuberculösen Dienstmann, der 18 Monate vor seinem Tode zum ersten Male an Blennorrhoea urethrae erkrankte und am 25. Jänner 1881 ausser dem genannten Uebel noch Balanoposthitis darbot. Die Medication bestand anfänglich in dem innerlichen Gebrauche von Bals. Copaiv., welches (am 9. Februar) circa in dem 13. Monate der Erkrankung, nach Constatirung einer mässigen Verengerung der Harnröhre, der Einführung und dem Liegenlassen von Bougien von circa 4·5 Mm. Durchmesser Platz machte. Durch eine später hinzugetretene Periurethritis nahm die Verengerung noch mehr zu, so zwar, dass nur mehr (am 18. März) eine Bougie von circa 2 Mm. Durchmesser die Urethra passirte, wiewohl inzwischen der Periurethralabscess eröffnet wurde und hiedurch dem Eiter und dem Urine ein freier Weg durch das Perineum geschaffen wurde. Trotz gemachter Incision nahm die entzündliche

Schwellung der Weichtheile in Folge der Urininfiltration immer mehr zu, so dass sie (8. April) vom Angul. penoscrotalis bis zu den Sitzknorren reichte, wodurch eine neuerliche Incision an letztgenannter Stelle nöthig geworden ist; aber weder die jetzt vorgenommene Spaltung, noch die nachher — 10 Tage hindurch — in Verwendung gestandenen continuirlichen Bäder hatten mehr dem letalen Ende (welches am 4. Juni erfolgte) vorbeugen können.

Die Harnröhre zeigte bei der Section in der Fossa scaphoidea zwei nicht elevirte hellrothe Stellen, deren eine hanfkorn-, deren andere linsengross ist. Eine besonders abnorme Färbung bot ferner jener Theil der Urethra dar, welcher 8—10 Ctm. vom Orif. ext. ur. beginnt, indem von hier an die Schleimhaut, so weit sie eben noch nicht vollständig zerstört wurde, schiefergrau missfärbig erschien, um circa 2 Ctm. vor dem Caput gallinagin. wieder gelblich roth zu werden. Hinsichtlich der Oberfläche sind Unebenheiten, bedingt einerseits durch wie narbig aussehende Trabekel, andererseits durch sehr kleine Excrescenzen, hervorzuheben. Circa 10 Ctm. hinter dem Orif. ur. verliert sich jedoch die Harnröhre in einen Jaucheherd von 3—4 Ctm. Durchmesser, so dass hinter demselben nur ein Theil der Pars membr. zu finden ist. Nach Entfernung durch Abtupfung der auf der Schleimhaut der Urethra liegenden Jauche gewahrte man schon in der Pars scaph. äusserst feine conische Excrescenzen, welche weiter nach rückwärts eine mehr cylindrische Form, die Form biegsamer Fädchen, oder conisch rissiger, ihrer Längsaxe nach zerklüfteter Protuberanzen von circa 1—2 Mm. Länge darboten. Sie fehlten ganz, soweit dies mit freiem Auge unterscheidbar war, jenseits des Cap. gallinagin.

Die Pars membranacea erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als die an Excrescenzen reichste Partie der Harnröhre. Die meisten dieser Excrescenzen waren kolben- und fadenförmig, von 300 Mkm. Länge, bald vereinzelt, bald gruppirt beisammen stehend; im letzteren Falle stellten sie Pinsel-, Plaque- und Drüsenformen dar. Sie hielten nicht allein die an der Harnröhrenoberfläche befindlichen grösseren Trabekel, sondern auch die Niederungen occupirt, so dass sie der Harnröhre das Ansehen der mit Zotten besetzten Darmschleimhaut verliehen. In der eigentlichen Pars prost. fehlte jedwede Spur einer pathologischen Veränderung.

Mit dem soeben nur in groben Zügen geschilderten Vorgange an der Oberfläche correspondirten dem Wesen nach ganz analoge,

an Formen aber minder reiche Veränderungen in der Tiefe. Sie bestanden der Hauptsache nach in Rundzelleninfiltraten und Neubildung von Bindegewebe. Das neugebildete Bindegewebe findet sich entlang der ganzen Urethralwand, bald als eine einfache Verdichtung des subepithelialen Bindegewebes, bald in Form von diffusen Verdickungen, bald stellt es circumscripte Erhabenheiten dar. In dem so veränderten subepithelialen Bindegewebe waren nur wenig Gefässe von engem Lumen zu constatiren.

Fall II. In dem zweiten hieher gehörigen Falle finden wir bis auf die Trabekel und die filamentösen Excrescenzen an letzteren eine treue Copie des ersten Falles.

Ein 58 Jahre alter Ziegeldeckergehilfe, welcher an Pleuritis sin. zu Grunde ging, zeigte eine Strictur des Pars membranacea ur. durch Narbengewebe von 2 Mm. Durchmesser. Auf der Schleimhaut der Urethra sassen zerstreut kleine, bis hanfkorngrosse, aus Körnchen zusammengesetzte, weiche, rothe, spitze, feuchte Excrescenzen, deren grösste in der Fossa navicularis sitzt. Eiterige Cystitis. Am Perineum, 2 Ctm. hinter dem Scrotum fand sich eine für eine gewöhnliche Sonde passirbare Oeffnung, die in einen bei 3 Ctm. langen, gegen die Urethra zu verlaufenden Kanal führte, der aber blind endigt.

Aus den anatomischen und histologischen Befunden in diesen Fällen zieht nun der Verfasser folgende Schlüsse:

1. Dass es in Folge des lange anhaltenden Reizes des blennorrhagischen Contagiums zur Verdickung des Epithelüberzuges kommen kann, so dass derselbe das 4—12fache des sonstigen Dickendurchmessers erreicht.

2. Der Verdickung des Epithels geht überall eine Abplattung der Epithelzellen zur Seite, wodurch schliesslich die Cylinderepithelien der männlichen Harnröhre vollständig verschwinden.

3. Die neugebildeten Epithelmassen können sich überall ansammeln; sie entwickeln sich aber mit Vorliebe über hypertrophisch gewordenen Papillen, an den Spitzen und Seitenflächen neugebildeter Bindegewebsstränge, Protuberanzen, in fissuralen Vertiefungen zwischen den Excrescenzen, kurz an Stellen, wo sich in der Tiefe ein analoger Wucherungsvorgang etablirte.

4. In Folge der genannten Ursache kann es ferner zur Bildung von weit ausgebreiteten, äusserst kleinen, konischen, faden-, pinsel- oder kolbenförmigen und warzig-drusigen Excrescenzen kommen.

5. Die so entstandenen Excrescenzen können wohl häufig genug Beziehungen zu physiologischen Papillen haben, aber auch ohne solche, als Seitenauswüchse oder directe Fortsetzungen zumeist neugebildeten Bindegewebes (besser gesagt: Epithels und Bindegewebes A.) zum Vorscheine kommen.

6. Schliesslich können diese Excrescenzen selbst zu wuchern beginnen, zum Ausgangspunkte neuer Excrescenzen werden, in welchem Falle sie dann gewöhnlich auch Blutgefässe enthalten, und, kleine Papillome darstellend, den sogenannten spitzen oder Tripperwarzen trockenerer Hautpartien in allen Stücken gleichkommen.

Squire hat zu Injectionen in die Harnröhre eine neue Spritze (6) angegeben, bestehend aus einem elliptischen, zweiseitig abgeflachten Flüssigkeitsbehälter, aus India-rubber verfertigt, welcher an einem Ende geschlossen ist, am anderen in ein Röhrchen von demselben Stoff übergeht. In letzterem steckt ein gut abgerundetes Glasröhrchen (Fig. 1), dessen Spitze in die Urethra eingeführt wird und bei Nichtgebrauch mit einer Gummikappe verschlossen werden kann. (Fig. 2.) In die beiden abgeflachten Seiten desselben sind Eisenplatten in die Substanz des Ballons eingelassen, welche beim Druck auf die Seiten ein vollständig genaues Anpassen an einander, und dadurch die vollständige Entleerung der Spritze bewirken. Ueber die an einander gepressten Seiten wölbt sich dann der ringförmige, blos aus Gummi bestehende, die Seitenflächen verbindende Rand wallartig vor und bewirkt beim Nachlassen des Druckes durch seine Elasticität das sofortige Auseinanderschnellen der Seitenwände. Um diesen Schluss des Behälters zu ermöglichen, darf das Glasröhrchen nicht ganz in den Gummihals eingeschoben werden, höchstens zu noch grösserer Sicherheit der Verbindung bis über die ringförmige Verdickung des

Fig. 2.

Fig. 1.

Glasröhrchens. Der Behälter enthält 6 Gr. Flüssigkeit, genug, um eine männliche Urethra vollständig zu füllen. Squire betrachtet folgende Eigenschaften als Vorzüge seines Instruments vor allen bisherigen Urethralspritzen:

1. Es lässt sich leicht und sicher mit einer Hand halten und zur Injection benutzen.

2. Es gibt seinen Inhalt voll her (Vorzug vor den Ballon-, nicht vor den Stempelspritzen).

3. Es arbeitet leicht und ohne Ruck.

4. Es kommt nicht in Unordnung und zerbricht nicht.

5. Die Spitze des Instruments bleibt während der Injection ruhig an ihrem Platze in der Urethra.

6. Die Injectionsflüssigkeit kann nicht in die Blase gelangen (weil sie für die Harnröhre abgepasst ist) und führt keine Luftblasen mit sich.

7. Die Spritze lässt sich leichter als jede andere transportiren und beherbergt in geschlossenem Zustande eine volle Injection.

Whitehead empfiehlt (7), um das blennorrhagische Secret vor jedweder localen Medication von der Oberfläche der Schleimhaut der Urethra auf das genaueste zu entfernen, die Irrigation am gründlichsten durch einen Kautschukkatheter, welcher, was seine Oberfläche anbelangt, einer abgestutzten, stumpfkantigen Schraube ähnlich sieht und an seinem äusseren Ende mit einem wasserzuführenden Hebeapparat in Verbindung steht.

Curtis irrigirt zur Heilung der Blennorhagie (8) den Urethralkanal mit mehreren Litern warmen Wassers von einer Temperatur bis zu 180—190° Fahrenheit, welche von den Kranken noch vertragen werden soll (?A.) und macht dann eine Injection von

Rp. Tannini drchm. semis (2.0)
Jodoformyli } āā unc. unam (35.0)
Glycerini }
Aq. dest. unc. tres (105.0)
Calefac. agita.

Alle 12—24 Stunden wird die Procedur wiederholt. Auf diese Weise will der Verf. 12 Fälle in drei Tagen, 2 schon nach einer Irrigation geheilt haben, 6 Mal dauerte der Process 6—10 Tage. (?A.)

Zur Vornahme der Irrigation hat der Verf. einen eigenen Apparat construirt, bestehend aus einem durch eine Lampe heizbaren, an dem Plafond befestigten zinnernen Gefäss, an welchem ein Gummirohr mit einem Hahn und daran ein biegsamer engl. Katheter Nr. 8 befestigt ist.

Campana wendet bei acuter Urethritis (9) folgende Injection an:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Jodoformyli alcoholis. | 20.0 |
| | Acid. carbol. dep. | 0.1 bis 0.2 |
| | Glycerini | 80.0 |
| | Aq. dest. | 20.0 |

welche nicht reizt und antiseptisch wirken soll. Durch 10—12 Tage werden 1—3 Einspritzungen gemacht; dann geht er zu stärkeren Mitteln über.

Kohlensäure-Douchebäder sollen nach den Erfahrungen von Wertheim (**10**) schon nach einem einmaligen Gebrauche oder gar während desselben selbst bei Patienten, die schon mehrere Monate an Impotenz litten, Erectionen zur Folge haben, welche dann regelmässig wiederkehren.

**11.** **Tarnowski.** Anwendung des Jodoform in der syphilitischen Klinik. (Wojenno medicinski Journal. 1883, Hft. 2, Ctlbl. f. Chir. Nr. 26, 1883.)

**12.** **Vidal.** Behandlung des phagedänischen einfachen Schankers mit Pyrogallussäure oder Pyrogallol. (Bulletin général de Thérapeutique. 30. Janvier 1883.)

**13.** **Leblond** und **Fissiaux.** Ueber die Anwendung des Resorcins beim nichtinficirenden Schanker. (Ann. de Gynécologie. Janvier, 1883.)

**14.** **Petersen.** Dauerverband bei der Bubonenbehandlung. (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 52, 1881. — Wiener med. Wochenschr. Nr. 34, 1882).

**15.** **De Luca.** Excision eines primären Syphiloms. (Giorn. Ital. delle Mal. ven. e della pelle. XVIII, 2, 1883.)

**16.** **Lassar.** Ueber Excision der Initialsklerose. Vortrag gehalten in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft am 23. Mai 1883 und Debatte darüber. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 22 und 23, 1883.)

Tarnowski (**11**) hat das Jodoform seit mehr als 11 Jahren bei vielen Tausenden von Kranken angewendet. Wir resumiren seine Erfahrungen in Folgendem:

1. Wunden von weichem Schanker reinigen sich bei der Jodoformbehandlung in durchschnittlich 14 Tagen, während sonst hiezu nicht weniger als 3—4 Wochen nöthig sind. Zieht sich nachher die schliessliche Verheilung auch bisweilen in die Länge, so hat man doch den grossen Vortheil, dass durch die rasche Reinigung der Wunde vom specifischen Detritus die Gefahr der Autoinoculation aufgehört hat.

2. In gleicher Weise verheilen vereiterte Schankerbubonen beim Jodoform in durchschnittlich 30 Tagen, sonst in 6—8 Wochen. In Folge dieser beiden Umstände ergibt sich, dass die Jodoform- und die Abortivbehandlung in gleich langer Zeit zur Heilung führen, während letztere einerseits nicht immer zuverlässig ist und andererseits nicht selten zur entzündlichen Lymphangoitis führt. Aus demselben Grunde müssen auch die Lapisätzungen gänzlich aufgegeben werden.

3. Das Jodoform schützt benachbarte Excoriationen (bei Balanoposthitis, Herpes progenitalis, Ekzemen etc.) vor Infection mit dem Schankergifte. Dasselbe gilt für frische Schnittwunden wie Phimosenoperationen, Incisionen etc.

4. Am eclatantesten ist die Jodoformwirkung bei phagedänischen Schankern, die selbst nach 4—5jähriger Dauer durch die Jodoformbehandlung in wenigen Wochen zur Verheilung gebracht werden können, ja überhaupt weit seltener auftreten als bei früheren Behandlungsmethoden.

5. Keines der übrigen äusseren Mittel besitzt eine so sichere schmerzstillende Wirkung bei weichen Schankern wie das Jodoform. So hören bei gangränösen Schankern die Schmerzen rasch auf, und in wenigen Tagen reinigen sich die Wunden und verheilen rasch.

6. In den wenigen Fällen, wo Schanker diphtherisch wird, ist der wohlthätige Einfluss des Jodoform zwar weniger rasch, doch immerhin nicht zu verkennen.

7. Nur die sog. callösen Schanker oder die Schanker der Freudenmädchen verändern sich in keiner Weise durch das Jodoform. Hier empfiehlt sich am meisten die Excision der Wunde.

8. Weit schwächer und weit weniger zuverlässig ist der Einfluss des Jodoform auf syphilitische Wunden. Zwar kommt auch hier seine desinficirende und schmerzstillende Wirkung zur Geltung, doch

vermag es weder das Gangränöswerden der syphilitischen Induration zu verhindern, noch werden phagedänische primäre syphilitische Wunden durch seine Anwendung rasch verändert, noch wird dem Serpiginöswerden syphilitischer Wunden vorgebeugt. Hier muss das Quecksilber innerlich und äusserlich In Anwendung kommen.

9. Als äusserliches resorptionsbeförderndes Mittel steht das Jodoform den übrigen Jodpräparaten und dem Merkur weit nach.

10. Auf gonorrhoisch afficirte Schleimhäute hat das Jodoform, in welcher Form es auch angewendet wurde, offenbar keinen bemerkbar günstigen Einfluss.

11. Als innerliches antisyphilitisches Mittel steht das Jodoform den sonst gebräuchlichen Jodpräparaten weit nach.

T. wendet zum Verbande das Mittel in Krystallen an, wobei genau darauf zu achten ist, dass bei tiefen und unterminirten Wunden wirklich alle Theile mit dem Pulver in Contact kommen. Zur Beseitigung des Geruches empfiehlt sich am meisten Ol. Eucalypti. Bringt man von demselben einige Tropfen auf den Kork des Fläschchens, in dem das Pulver aufbewahrt wird, so erhält letzteres einen nicht unangenehmen harzigen Geruch. Ein paar Tropfen Eucalyptusöl auf die Kleider geträufelt vernichten den Jodoformgeruch in denselben. Am besten schützt man sich aber vor dem Geruch, wenn man den Verband mit Vorsicht macht, so dass nicht ein Körnchen des Mittels auf die Kleider des Kranken geräth.

Vergiftungssymptome wurden nie beobachtet, obgleich das Mittel bisweilen bis zu 15 Gran pro die innerlich gereicht wurde und grosse Wundflächen phagedänischer Schanker mit Jodoformpulver bestreut wurden.

Bekanntlich war es Jarisch, der zuerst die Aufmerksamkeit auf den therapeutischen Werth des Pyrogallols bei der Behandlung der Psoriasis lenkte. Später wurde das neue Medicament als caustisches Mittel auch bei der Behandlung des Epithelioma cutaneum, sowie des Lupus vulgaris und erythematosus in Anwendung gezogen. Vidal, der schon früher bemerkt hatte, dass die caustische Wirksamkeit einer Salbe, die aus 20 Theilen Pyrogallussäure und 80 Theilen Fett oder Vaseline besteht, die Knötchen des Lupus oder das Neugebilde des Hautkrebses angriff, ohne die benachbarte gesunde Haut in erheblichem Masse zu alteriren, kam nun im Jahre 1879 auf die

Idee, dass dieses dreiatomische Phenol, dessen antiseptische Eigenschaften schon Bovet in Neufchâtel studirt hatte, in zweckentsprechender Weise dazu verwendet werden könne, um die ulcerirte Oberfläche des einfachen Schankers zu modificiren und ihn seiner Virulenz zu berauben; mit anderen Worten, sein Fortschreiten einzuschränken und den Phagedänismus zum Stillstande zu bringen. Die Erfahrung hat diese Voraussetzung gerechtfertigt. In einer grösseren Anzahl von Fällen, die sowohl vom Verf. als auch von Terrillon mit Rücksicht auf die diesbezügliche Wirksamkeit des Pyrogallols beobachtet wurden, hat es sich herausgestellt (**12**), dass dasselbe ein vorzügliches Mittel gegen den Phagedänismus sei, und sich mehr als jedes andere empfehle. Was die Art, dasselbe anzuwenden, anbetrifft, hat Verf. gefunden, dass folgende zwei Bereitungsweisen sich als die besten erwiesen: 1. Die Salbenform, $^1/_5$ Pyrogallol auf $^4/_5$ Fett oder Vaseline; 2. die Pulverform, 20 Gr. Acid. pyrogall. auf 80 Gr. Amylum. Beide Präparate müssen vor Sonnenlicht und Feuchtigkeit wohl geschützt, in gut verkorkten Flacons aufbewahrt werden. In Fällen von ausgedehntem Phagedänismus und hauptsächlich bei phagedänischen Bubonen verdient das Pulver den Vorzug, bei einem kleinen einfachen Schanker oder bei wenig ausgedehnter, wenn auch tiefer Exulceration die Salbe.

Sowohl Salbe als Pulver müssen Morgens und Abends erneuert und mit der Behandlung so lange fortgesetzt werden, bis entweder der Anblick der Wunde vollständig verändert oder bis die Ränder vernarbt und der Grund erhöht erscheinen. Von da ab setzt Verf. das Pyrogallol aus und bedient sich nunmehr irgend eines Mittels, von dem es bekannt ist, dass es die Vernarbung begünstigt, wie Jodoform oder kohlensaures Eisenoxydul.

In seinem Résumé erwähnt Verf. noch folgende, das Pyrogallol besonders empfehlende Eigenschaften: Es ruft bei der Application einen nur sehr geringen und nur einige Minuten dauernden Schmerz hervor, und es kann ohne Furcht toxischer Erscheinungen auch bei sehr ausgedehnten phagedänischen Exulcerationen angewendet werden. Dagegen übt es gar keine Wirkung auf den Phagedänismus syphilitischer Ulcerationen. Schiff.

Das von Hlasiwetz und Barth in Wien entdeckte Resorcin, welches sich nach Andeer, Dujardin-Beaumetz, Callias u. A.

antiseptischer Eigenschaften erfreut, wurde von Leblond und Fissiaux (**13**) gegen den weichen Schanker mit Erfolg in einer wässerigen Lösung von 5 Gr. auf 20 Gr. oder in Pulverform angewendet, indem sie Geschwüre alle 2—3 Tage touchirten (in einen Bubo injicirten) oder das Pulver direct aufstreuten — ähnlich wie Jodoform.

Das Resorcin ist farb- und geruchlos, in Alkohol, Aether und Glycerin löslich. Die Geschwulstoberfläche färbt sich durch dasselbe opalartig.

Petersen (**14**) verfährt bei eiternder Drüsenentzündung folgendermassen: Es wird zuerst eine Incision gemacht und die Wundhöhle mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, sodann mit einer 20%igen Carbollösung tüchtig ausgespült. Darauf wird die Wunde mit einigen Schichten Salicylwatte bedeckt, hierauf ein faustgrosser Wergballen daraufgesetzt, mit Firnisspapier bedeckt und mit Marlybinden so angepresst, dass sich die Wände der Höhle gegenseitig berühren. Nach 1—3 Verbänden ist (ohne Fieber) Alles vorbei.

Auf diese Weise gelang es P., die Behandlungsdauer von 70—90 Tagen auf 28 zu reduciren.

De Luca publicirt (**15**) folgenden Fall von Excision eines syphilitischen Primäraffects nach 4 Tagen. Am 14. September 1882 kam ein 22jähriges Mädchen mit einem Kranz von feuchten Papeln auf beiden grossen Labia und circa anum, Inguinal-Retrocervical-Drüsen-Schwellung, Angina spec., Alopecie u. s. w. in Behandlung, welche seit 2 Monaten erkrankt war. Am 12. September hatte sich ihr Dienstherr mit einer Excoriation auf dem inneren Präputialblatte vorgestellt, die sich bei jedem Coitus einstellen soll und nun seit $4^1/_2$ Tagen beobachtet wurde, seit er mit der obengenannten Person den Coitus gepflogen hatte.

Verfasser machte die Excision des erkrankten Vorhautstückes und touchirte die Wunde.

Am 10. Tage war dieselbe vernarbt, aber am 19. schon syphilitisches Fieber, rheumatische Schmerzen, papulöses Syphilid, Plantar- und Palmarausschlag vorhanden, dessen Recidiven noch auftreten.

In seinem Vortrage: Ueber Excision des Ulcus durum weist Lassar (**16**) zunächst darauf hin, dass trotz aller der wider-

sprechenden, aus der Literatur bekannten Veröffentlichungen über diesen Versuch einer Abortivbehandlung der Syphilis ein endgiltiges Urtheil nicht zu Rechte bestehe, man sich noch immer nicht für oder völlig gegen diesen kleinen Eingriff erklären könnte. Als Behandlungsmethode der Ulceration selbst sei die Operation jedenfalls sehr empfehlenswerth, da sie, ohne bis jetzt auch nur einmal von üblen Folgen begleitet gewesen zu sein, auf die sicherste und schnellste Art die Patienten von dem ja immerhin lästigen Geschwür befreit. Zudem könnte man die Möglichkeit, dem Ausbruch der constitutionellen Syphilis vorzubeugen, nicht völlig in Abrede stellen. Redner hat deshalb seit October 1879 die Excision geübt und zwar in 45 Fällen. 7 davon sind erst in diesem Jahre zur Beobachtung gekommen und deshalb nicht für letztere Frage zu verwerthen. 13 haben sich gänzlich der Beobachtung entzogen. Von den anderen sind 5, wie mit grosser Bestimmtheit zu constatiren war, von Syphilis frei geblieben. Bei den übrigen hatte es den Anschein, als wenn die Syphilis in leichteren Formen auftrete. Schlüsse will der Vortr. aus dieser Beobachtungsreihe nicht ziehen, er meint aber, dass dieselbe doch sehr aufmuntere, auf diesem Wege zur Verhütung der Allgemeinlues fortzuschreiten. Er spricht des Weiteren noch über die Schwierigkeit mikroskopisch das indurirte von dem weicheren Geschwür zu unterscheiden. Beide bieten nur die Erscheinungen der entzündlichen Neubildung dar. (?A.)

In der Discussion über diesen Vortrag, die Herr Lewin zu vertagen empfiehlt, um sie der Wichtigkeit des Gegenstandes angemessen recht ausgedehnt und mit allem herbeizuschaffenden Material zu führen, die aber in Rücksicht auf die übrigen angemeldeten Vorträge sogleich eingeleitet wird, fragt

Herr Köbner den Redner, ob und wie weit bei seinen Fällen Drüsenschwellungen vorhanden gewesen sind und welche sicheren Kriterien für das Vorhandensein einer syphilitischen Primärsklerose ihn leiteten, wenn er die von anerkannten Forschern (Auspitz) als charakteristisch bezeichneten mikroskopischen Befunde anzweifle?

Herr Sonnenburg hat gleichfalls in sehr ausgedehnter Weise die Excision geübt und zwar als bestes Mittel zur schnellen Heilung des Schankers, auch in einigen Fällen die inficirten Leistendrüsen mit fortgenommen, um auf diese Weise vielleicht die Weiterverbreitung des syphilitischen Virus zu verhüten. Er hat nie das Auftreten der

constitutionellen Syphilis verhindern können. Nur hat es ihm, wie auch Lassar, oftmals geschienen, als ob dieselbe in milderen Formen verlaufe.

Herr G. Lewin meint, dass die Beantwortung der von Herrn Köbner aufgeworfenen Fragen von der grössten Wichtigkeit sei. Die Induration eines Ulcus an und für sich ist durchaus nicht charakteristisch für die Annahme, dass dasselbe ein syphilitisches sei. Vielmehr hat Redner stets darauf hingewiesen und ganz besonders seine Zuhörer darauf aufmerksam gemacht, wie leicht es sich ereignen kann, dass auch ein Ulcus molle, das von keinen secundären Erscheinungen gefolgt ist, bei weiter Ausdehnung in die Tiefe indurirt wird. Deshalb müsse man vornehmlich auf die Drüsenschwellungen und deren Verlauf achten, da sie allein, wie der Vortr. glaubt, Aufschluss über eine Allgemeininfection geben können. Wenn erst einmal die Lymphdrüsen ergriffen sind, kann man nach L. nicht mehr annehmen, dass das Luesvirus noch localisirt bleiben könne und ist also auch nach seiner Ansicht von der Excision des Ulcus durum nichts bezüglich einer Coupirung der Krankheit zu erwarten. (Ref. wird nicht ermangeln, die Beschaffenheit der hier mit so grosser Sicherheit vorgetragenen Behauptungen und Argumente des Herrn Lewin seinerseits klarzulegen. A.) Die Statistiken, welche eine solche behaupten, stammen alle von Privatärzten, denen die Möglichkeit einer absolut genauen Beobachtung ihrer Kranken fehlt (das ist denn doch zu stark! A.), während diejenigen, welche die fragliche Angelegenheit verneinen, bis auf 2 aus Kliniken herrühren, die über wirklich einwurfsfreie Beobachtungen verfügen. Im Uebrigen kann auch Lewin die Excision des Ulcus als ein Heilmittel für das locale Uebel dringend empfehlen. Nur müsse man dabei sehr gewissenhaft aseptische Cautelen gebrauchen.

Herr Lassar beantwortet die Frage Köbner's bezüglich der Drüsenschwellungen dahin, dass in seinen Fällen selten nennenswerthe Intumescirungen vorgekommen sind, er sich auch in solchen Fällen von der Exstirpation — eine eingreifende Operation, zu der er sich nie hat entschliessen können — wenig Erfolg verspräche. Ferner liege es ihm völlig fern, die mikroskopischen Befunde von Auspitz und Unna anzuzweifeln, er könne sie aber nicht als diagnostisch wichtiges Merkmal ansehen. Die Tendenz seines Vortrages hatte wesentlich das Ziel, dahin zu wirken, dass man im Interesse des Pat. jene Ulceration operativ entferne.

17. **Scheube.** Zur Geschichte der Syphilis. (Virchow's Archiv Band 91, Heft 3, 1883.)
18. **Hebra.** Zwei Fälle von syphilitischer Reinfection. (Monatshefte für prakt. Derm. Nr. 1, 1883.)
19. **Morison.** Ueber das Vorkommen von Bacterien bei Syphilis. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 3, 1883.)
20. **Strack.** Ueber den Einfluss des Erysipels auf Syphilis. (Aus der dermatologischen Klinik des Prof. Pick in Prag. Prager med. Wochenschrift Nr. 52, 1882.)

Scheube, der es als feststehend ansieht, dass die Syphilis schon vor ihrem epidemischen Auftreten zu Ende des fünfzehnten Jahrhunderts in Europa vorkam; der es für höchst wahrscheinlich hält, dass sie hier bereits im Alterthume existirte, lenkt die Aufmerksamkeit auf ein japanisches Werk (**17**). Dasselbe ist, weil in der alten Sprache des japanischen Volkes abgefasst, aber mit chinesischen Charakteren geschrieben, für den heutigen Japanen schwer verständlich; zumal in der Originalhandschrift, die dem Drucke zu Grunde gelegen hat, viele unleserliche Stellen vorkommen. Das Werk, das ausser einem Verzeichniss von Arzneimitteln noch viele Schilderungen von Krankheiten oder Krankheitssymptomen enthält, soll aus dem Anfange des 9. Jahrhunderts stammen, wurde aber erst zu Anfang dieses Jahrhunderts zum ersten Male, und zwar nach einer unvollständigen Handschrift gedruckt. 1827 wurde ein gut erhaltenes Manuscript gefunden, gedruckt und seitdem mehrmals neu aufgelegt. Ausser Bubo, Schanker, Oedema praeputii, phagedänischem Schanker finden sich in der That die Exantheme, die Knochen- und Gelenkaffectionen, die Rachengeschwüre, schwere tertiäre Erscheinungen mit wenigen, aber charakteristischen Worten beschrieben. Ob „das Gift des Penisausschlags" für contagiös, namentlich durch den geschlechtlichen Umgang für übertragbar gehalten wird, ist nicht ersichtlich. (Die Richtigkeit der offenbar ganz besonders schwierigen Uebersetzung, die von einem früheren Schüler Scheube's herrührt, vorausgesetzt, wird es sich vor Allem fragen, ob das Alter des Manuscripts wirklich so hoch hinaufreicht. Caspary.

Hebra veröffentlicht (**18**) zwei Fälle von Reinfectio syphilitica, deren erster insbesondere demonstrirt, dass ein ganz durch-

seuchtes syphilitisches Individuum 7 Kinder erzeugte, die angeblich völlig gesund geboren wurden und blieben, dass dabei aber die Syphilis immerfort neue gummöse Eruptionen machte, dann durch Subl.-Injectionen geheilt wurde; dass fünf Monate nach dem Schwinden der letzten Symptome eine neue Primäraffection, eine sichere Pergamentsklerose sich entwickelte, von secundären Erscheinungen in freilich etwas längerem Termin gefolgt als gewöhnlich und in etwas ungewöhnlicher Form — einer Plaque auf der Tonsille geht nämlich die Bildung einer neuen Sklerosis praeputii neben der ersten voraus, welche, wie der Verfasser glaubt, nicht durch Autoinoculation entstanden sein kann (? A.). (Solche Fälle sind, wenn auch die Thatsache der häufigen Heilung von Syphilis und der Möglichkeit und Häufigkeit der Reinfection nicht neuerdings bewiesen zu werden braucht, doch von Wichtigkeit, weil sie für die heute geltenden Syphilis-Theorien in mancher Beziehung bedenklich erscheinen. A.)

Morison (**19**) hat auf der Klinik des Prof. Neumann bei 15 Individuen das Secret syphilitischer Sklerosen und Papeln untersucht und constant darin dieselbe Bacterienart gefunden. Die in der bekannten Weise präparirten Deckgläschen wurden zuerst in Eisessig, dann in absoluten Alkohol getaucht, nach dem Trockenwerden eine halbe Stunde lang in einer Methylenblau- oder in einer Fuchsin-Lösung (Methode nach Ehrlich) leicht erwärmt, und schliesslich in eine Lösung von Acidum nitricum concentratum im Verhältniss von 1 : 6 getaucht. Schnitte wurden ebenso gefärbt, nachdem sie in der Eisessig- und Alkoholbehandlung auf Deckgläschen angetrocknet waren. Die Bacterien stellen cylindrische Stäbchen dar, die meist in Gruppen beisammen liegen.

Im Eiter weicher Schanker fand er längere und dünnere Bacterien, ähnlich den Milzbrandbacterien, aber kleiner als diese. Im Blut gesunder Individuen, bei Acne, Pemphigus, Eczemefflorescenzen konnte Verfasser dagegen keine Bacterien nachweisen.

Verfasser hält es für mindestens gewagt, aus den mitgetheilten Befunden einen Rückschluss auf ihren Zusammenhang mit Syphilis zu machen oder gar sie schon als Ursache der Syphilis ansehen zu wollen. (Das ist gewiss das Richtigste an der Publication. A.)

Strack (**20**) theilt mehrere Fälle von gummöser Lues mit, bei denen sich intercurrirendes Erysipel von ausserordentlich günstigem Einfluss auf die Rückbildung der Gummata gestaltete. Aus den

Beobachtungen ergibt sich nach Verf., dass das Erysipel auf den Verlauf der syphilitischen Processe in zweierlei Weise einwirken könne; die eine Wirkung hat das Erysipel mit anderen acuten fieberhaften Erkrankungen gemein, sie ist unabhängig von den localen Entzündungsvorgängen; die andere Wirkung ist hingegen in der localen Entzündung begründet, durch welche fluxionäre Vorgänge an den ergriffenen Hautpartien hervorgerufen werden, die zum Zerfall der zelligen Infiltrate führen, dieselben resorptionsfähig machen, so dass sie beim Rückgang der Entzündung auch wirklich resorbirt werden.


**21.** **Semon.** Atrophie des linken Stimmbandes in Folge von congenitaler Syphilis. (Lancet, May 13, 1882.)

**22.** **Güntz.** Zur Diagnose der Lungensyphilis am Lebenden. (Memorabilien 4. H., 1882.)

**23.** **Sokolowski.** Ueber syphilitische Lungenschwindsucht. (Gazeta lekarska 1882. Nr. 11—15. — Centralblatt für klin. Medicin, Nr. 17, 1883.)

**24.** **Broadbent.** Syphilitische Pachymeningitis. (Lancet Nr. V, Vol. I, 1882.)

**25.** **Althaus.** Fall von cerebrospinaler Syphilis. (Centralbl. f. Nervenheilk. 1883. 1. — Centralbl. f. klin. Medic. 12. 1883.)

**26.** **Obersteiner.** Syphilis und Dementia paralytica. (Monatshefte für praktische Dermatologie Nr. 11 u. 12, 1882.)

**27.** **Buzzard.** Rückenmarks-Syphilis. (Lancet, June 10, 1882.)

**28.** **Rumpf.** Zur Tabes-Syphilisfrage. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 36, 1882.)

**29.** **Voigt.** Syphilis und Tabes dorsalis. (Ebenda.)

**30.** **Hahn.** Zur Behandlung der syphilitischen Ulcerationen des Mastdarms. (Zwölfter Congr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. in Berlin. 18. 1883.)

**31.** **Welander.** Einige Fälle von tertiär-syphilitischen Affectionen der äusseren männlichen Geschlechtstheile. (Stockholm, Hygieia 1883.)


Eine 38jährige Patientin, welche Semon (**21**) wegen ihres stinkenden Nasenflusses consultirte, gab an, dass sie schon als Kind sehr häufig an Kopfschmerzen und an einem stinkenden Ausflusse aus der Nase, abwechselnd mit Epistaxis, litt und schliesslich schon

damals eine so schwache Stimme hatte, dass sie kaum im Stande war, ihren eigenen Schall zu hören.

Sowohl die Mutter als der Vater waren mit Hautgeschwüren in ärztlicher Behandlung gestanden.

Die Kranke hatte früher an Vereiterung der Halsdrüsen, später in den Pubertätsjahren an Verschwärung mehrerer Fingerspitzen, noch später, als sie ihr zwanzigstes Jahr erreichte, an Geschwüren an der hinteren Rachenwand gelitten, die Nase war stark abgeplattet, mit einer stark defecten Scheidewand versehen, welche links Verwachsungen mit den Knochen, rechts aber Geschwüre zeigte. Die Nasenlöcher beiderseits geschwürig. Hintere Rachenwand narbig. Die Stimme hoch und schwach. Das linke Stimmband war um die Hälfte schmäler und dünner, als die rechte normale Chorda voc. Die Farbe des ersteren zeigte einen graulichen Teint. Es blieb vollständig unbeweglich in der Mitte stehen, sowohl bei der Phonation als beim Einathmen. Die linke Taschenwand ohne auffällige Veränderung; der Aryknorpel war jedoch entsprechend seiner Basis verdickt, wie Vf. glaubt, in Folge einer Perichondritis, wodurch die Annäherung des rechten Stimmbandes bei der Stimmbildung behindert erschien. Narben waren an keiner Stelle des Larynx sichtbar. Schon nach einer vierwöchentlichen Jodkur war der Ausfluss sparsamer geworden und der Fötor verringerte sich immer mehr, ebenso der bis dahin heftige Kopfschmerz. Die Larynxhöhle wies keine Veränderungen während der ganzen sonst erfolgreichen Kur auf.

Güntz beschreibt (**22**) die Krankengeschichte eines Mannes, der zwei Jahre nach der syphilit. Infection ein pustulöses und ein Jahr hierauf ein ulceröses Syphilid überstanden hatte, und schliesslich im 5. Jahre an einer circumscripten Infiltration des linken unteren Lungenlappens, begleitet von Husten und Frösteln erkrankt war. Die Dämpfung des Percussionsschalles entsprechend der infiltrirten Stelle verschwand auch nach einem $1^1/_2$jährigen Wohlbefinden nicht; vielmehr gewann sie an Bedeutung, als der Kranke von Bluthusten befallen wurde, wofür ausser der letztgenannten Texturveränderung keine objective Grundlage zu finden war. Bald nach der Hämoptoë war schon eine Vergrösserung des Infiltrates zu constatiren.

Während sechs auf die Hämoptoë folgender Tage wurden chocoladebraune klumpige, dann schleimig eitrige Sputa ausgeworfen; der

Puls war frequent, man konnte 90 Schläge in der Minute und 26—32 Respirationen in derselben Zeit zählen, aber kein Fieber constatiren. Die örtlichen Symptome wiesen keine wesentlichen Veränderungen auf, Dämpfung mit Consonanzerscheinungen, Rasseln bestanden wie zuvor.

Die in Alkohol aufbewahrten Sputa waren zäh, hautartig geworden, theilweise jedoch leichter als Wasser.

Mikroskopisch zeigten sie in eine faserige Grundsubstanz eingebettet, einen feinkörnigen Detritus, ältere und jüngere Zellen und Kerne, hier unregelmässig zerstreut, dort in Zügen angeordnet. Lungengewebe (incl. Gefässe) fand sich nirgends.

Zur grösseren Sicherheit sandte G. einen Theil der Sputa an Lancereaux, der die Formelemente gleichfalls als von Gumma herrührend erklärte.

Die luetische Erkrankung tritt nach Sokolowski (**23**) in den Lungen unter zwei Formen auf: 1. als eigentliches Syphilom, gewöhnlich im mittleren Lappen der rechten Lunge, welches Verdichtungssymptome, unbedeutenden Husten, spärliche Expectoration neben bedeutender Kurzathmigkeit nach sich zieht, während Fieber, Diarrhöe, Schweisse fehlen. Der Ernährungszustand erhält sich lange gut und specifische Behandlung kann das Uebel vollständig beseitigen; 2. als syphilitische Lungenphthise, welche in ihrem Verlaufe theils mit der vulgären Lungenschwindsucht übereinstimmt (allgemeine Consumtion, Husten, Diarrhöe, Albuminurie etc.), theils sich von derselben unterscheidet (hochgradige Auszehrung trotz vorhandener Apyrexie, Fehlen von colliquativen Nachtschweissen, seltenes Auftreten von Bluthusten, zuweilen sehr bedeutende Kurzathmigkeit). Als Belege hiefür berichtet Verf. ausführlich über drei auch autoptisch untersuchte Fälle von sogenannter syphilitischer Lungenschwindsucht. Der erste Fall (die Anamnese ergab syphilitische Infection) zeichnete sich aus durch Mangel an ererbter Disposition zur Phthise, langsame Entwicklung der Krankheit, charakteristische Kurzathmigkeit, spärlichen Husten, hochgradige Consumtion, luetische Larynxgeschwüre, schwielenartige Bindegewebshyperplasie in den Lungen ohne bronchopneumatische Herde; Fall 2 zeigte dieselben Kennzeichen neben charakteristischen Veränderungen des Larynx, der Aorta und der Nieren. Der 3. Fall bot nebst ähnlichen Veränderungen auch frische bronchopneumonische Herde dar. Im 1. Falle trat die Lungenkrankheit 16, im

2. Falle 15, im 3. Falle 3 Jahre nach der luetischen Infection ein. In sämmtlichen Fällen war der Verlauf sehr langsam und fieberlos; erst in den letzten Monaten zeigten sich Diarrhoe, Albuminurie, dyskrasische Consumtion. Die physikalisch nachweisbaren Veränderungen in den Lungen erhielten sich sehr lange in statu quo, so dass man gezwungen war, die rapid fortschreitende Auszehrung auf eine allgemeine Dyskrasie zurückzuführen. Kurzathmigkeit war nur in den ersten zwei Fällen stark ausgesprochen. Verf. ist geneigt, dieselbe nicht auf die Bindegewebswucherung in den Lungen (Pankritius), sondern auf endarteritische Processe der Aorta (Asthma cardiacum) zurückzuführen.

Bei einem Kranken von Broadbent (**24**) mit Schmerzen in der rechten Occipitalgegend, worauf Lähmung des 7., 8. und 9. Gehirnnerven auf derselben Seite folgte, Taubheit, Facialisparalyse, Lähmung des M. sternocleidomastoideus und trapez., welche Paralysen dann mit nahezu vollständigem Schwund dieser Muskel endeten, wies die Section eine syphilitische Pachymeningitis in der rechten Cerebellarfurche nach. Der rechte Lappen des Kleinhirns war mit der verdeckten Dura mater innig verwachsen. Die Nerven erschienen an ihrer Austrittsstelle strangulirt. Dies war die einzige Läsion, welche gefunden wurde. Die Medull. obl., der Pons, sowie die übrigen Theile des Gehirns waren vollständig intact.

Ein unverheirateter Architect acquirirt, nach einer Krankengeschichte von Althaus (**25**), im Jahre 1873 secundäre Syphilis, die sich 12 Monate hinzieht und durch Mercur und Zittmann geheilt wird. Bis 1880 bleibt er gesund. Im Januar dieses Jahres kurzdauernd mehrmals täglich auftretende Paroxysmen wüthender Kopfschmerzen, die mit einer im Juli plötzlich auftretenden Aphasie und rechtseitigen Hemiplegie für immer verschwinden. Die Aphasie dauert 10 Tage, die Hemiplegie persistirt. Einige Monate später stellen sich heftige Rückenschmerzen und November 1880 eine allmälig zunehmende Lähmung des linken Beines, der Blase und des Mastdarms ein. Behandlung mit Sublimat und Jodkali blieb erfolglos. Bei der Aufnahme (December 1881) zeigt der jetzt 37jährige Pat. bei völliger Integrität der psychischen Functionen und der Hirnnerven eine complete rechtsseitige Hemiplegie mit Beugecontractur im rechten Arm, eine ziem-

lich vollständige Lähmung des linken Beines und eine enorme Steigerung der Sehnenreflexe in den gelähmten Gliedern, stärker rechts (spinale Epilepsie), ferner eine Parese der Stammmusculatur, complete Paralyse der Blase und Impotenz, Parese des Rectums. Die Empfindung — gegen Contact, Schmerz, Temperatur — war an allen gelähmten Gliedern normal, die elektromusculäre Contractilität stark erhöht. Allein der linke Arm blieb völlig gesund, mit diesem hatte Pat. gelernt zu schreiben und sich zu katheterisiren. Die im Augenblick der Veröffentlichung des Falles noch fortdauernde Behandlung (anfangs Secale cornut. und Bromkali, später Phosphor und mässige Dosen Jodkalium und Sublimat, constanter Strom an Kopf und Rücken) besserte die willkürliche Motilität, die Muskelstarre und verminderte die Intensität der Sehnenreflexe.

Obersteiner fand (**26**) unter 1000 Geisteskranken 175mal ausgesprochene Dementia paralytica und 73mal Syphilis. Beide Krankheiten trafen 37mal zusammen, d. i. in 21·6% (während auf die Rubrik „psychische Ursachen" nur 15·4% entfallen). Die Syphilis nimmt also unter den ätiologischen Momenten die erste Stelle ein. Die Zeit zwischen Infection und Gehirnerkrankung besteht, so weit eruirbar, 2—14 (vorwiegend 6—7) Jahre. Der pathologisch-anatomische Befund steht mit den Eigenthümlichkeiten des Syphilis-Processes im vollsten Einklang. Für die Diagnose der syphilitischen und nichtsyphilitischen Form der Krankheit kann höchstens (die Fournier'sche Tabelle trifft nach dem Verf. nicht zu) zu Gunsten der ersteren, von der Anamnese abgesehen, das Auftreten vor dem 35. Jahre, eine wirksame antisyphilitische Therapie und Erweiterung einer oder beider Pupillen (Verengerung spricht gegen luetische Paralyse) in Anschlag gebracht werden.

Ein von Buzzard beschriebener Fall von Syphilis des Nervensystems (**27**) betraf eine 44jährige Frau, die Mutter von 9 Kindern, von denen jedoch zur Zeit der Aufnahme nur mehr 3 lebten, 5 starben an Convulsionen und 1 war todt geboren. Die Patientin hatte früher an Rachengeschwüren gelitten, bei der Aufnahme bot sie das Bild einer vorgeschrittenen Paraplegie dar, sie konnte nur mehr den rechten Fuss mit schwerer Mühe bewegen, sonst waren die unteren Extremitäten vollständig functionsunfähig, auch waren sie gegen Berührung

und Nadelstiche unempfindlich. Das Muskelgefühl war in denselben schwach oder gänzlich erloschen. Am Stamme erstreckte sich die Anästhesie bis an die 2. Rippe. Die Arme waren dünn und kaum mehr im Stande, einen Löffel zu heben; schliesslich war Mangel an Coordination in den Bewegungen der Arme und Hände vorhanden.

Das Leiden begann mit heftigem Stechen in den unteren Extremitäten und Schmerzen zwischen den Schultern und täglich sich wiederholendem Vomitus. Wenige Monate darauf verlor sie, nahezu plötzlich, die Beweglichkeit des einen und eine Woche später allmälig die des anderen Fusses. Zu derselben Zeit stellte sich Incontinentia alvi et urinae ein, die Coordination der Armbewegung wurde unvollständig und $1^1/_2$ Jahr nach dem Beginne der Nervensymptome trat der Tod ein. Die anatomische Untersuchung des Rückenmarkes ergab eine hochgradige Degeneration der Hinterstränge, besonders im Rücken- und Lendenmark, die Vorder- und Seitenstränge waren hingegen völlig intact. Die bindegewebige Degeneration erstreckte sich sogar auf die hintere Commissur. Die Wurzeln der sensiblen Nerven waren von sklerosirten Bindegewebszügen umgeben. Die markhältigen Fasern am hinteren Rande der Medulla zeichneten sich durch ihre Dicke, die Gefässe ebendaselbst durch Ausbuchtungen aus, in den perivasculären Räumen waren Coagula in grosser Menge angehäuft. In der unteren Cervicalregion waren die Hinterhörner sklerosirt, ihre Ganglienzellen atrophisch; ähnliche Veränderungen in geringerem Grade fanden sich in den Vorderhörnern.

Ein 53jähriger Mann klagte, nach einer Krankengeschichte von Rumpf (**28**), plötzlich über lancinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten, Gürtelgefühl, Ataxie. Die Sehnenreflexe fehlten, die eine Pupille war starr, die Haut- und Muskelsensibilität war nicht herabgesetzt. Die Haut war hyperästhetisch, das Muskelgefühl unverändert.

Der Erfolg einer antisyphilitischen Therapie, welche sich auf die Anamnese, dass der Patient schon vor 15 Jahren an Luës litt, gründete, war unzweifelhaft. Nach 85 Einreibungen und dem Gebrauche von etwas Jodkalium waren sämmtliche Krankheitssymptome verschwunden, ja sogar auch die Sehnen- und Pupillarreflexe zurückgekehrt.

Voigt (**29**) behauptet, sich an Erb anschliessend, dass die Tabes bei Syphilitischen weit häufiger als bei Nichtsyphilitischen

zu finden sei. Das Verhältniss beider verhielt sich in 43 Fällen wie 29 zu 14.

Ulcerationen des Mastdarms führen oft, ob sie nun direct als syphilitisch diagnosticirbar seien oder nicht, jeder medicamentösen Behandlung Trotz bietend langsam und sicher zum Tode, der dann unter pyämischen, septicämischen und peritonitischen Erscheinungen einzutreten pflegt. In einem solchen Falle hat Hahn (**30**) mit Erfolg die Colotomia anterior in zwei Acten vorgenommen. Die Patientin, die ausserordentlich heruntergekommen war, erholte sich nach und nach und starb bei einer nach ihrer Entlassung vorgenommenen Operation einer Darmscheidencloake. Seitdem hat er dieselbe Operation 8 Mal in dem gleichen Falle vorgenommen. 3 Patienten befinden sich in der Besserung, 1 starb an der Operation, 4 an intercurrenten Krankheiten.

Israel hat im gleichen Falle die Exstirpation des Rectums wie bei Carcinom vorgenommen, einmal mit Erfolg, einmal mit lethalem Ausgang wegen zu starker Blutung, und ist der Ansicht, dass nur bei hohem Sitze der Ulcerationen die Colotomie, sonst die Exstirpation den Vorzug verdiene. Küster betont, dass das Auftreten dieses Leidens gerade in grossen Städten, für seine specifische Natur spreche. Dass es häufiger bei Frauen als bei Männern vorkomme, erkläre sich daraus, dass hier die anatomischen Verhältnisse die Fortpflanzung der Infection begünstigen. Schon 1875 hat er die Colotomia posterior vorgenommen, ein Drainrohr vom Anus praeternaturalis nach dem Anus naturalis gelegt und unter wiederholter Irrigation bald Besserung gesehen. Trotzdem zieht er bei nicht zu hohem Sitze der Ulcerationen die Exstirpation vor, wobei er weit günstigere Erfolge gesehen.

Welander bespricht (**31**) die an den männlichen Genitalien vorkommenden tertiär-syphilitischen pustulösen, tuberculösen, gummösen Affectionen. Dieselben sind durchaus nicht selten und werden nach dem Verfasser oft zum Schaden des Kranken nicht richtig erkannt.

Die meisten der in Rede stehenden Affectionen haben ihren Ausgang entweder in einem in oder unter der Haut gelegenen Knötchen, wonach man sie als Tuberkel oder Gummata bezeichnet. Beide haben die-

selbe mikroskopische Beschaffenheit, weshalb W. auch für die cutanen Bildungen die Bezeichnung Gumma vorzieht. Im Allgemeinen wächst dies Gumma langsam und scheint nicht im geringsten Zusammenhange mit einem unreinen Beischlaf zu stehen. Es kommt häufig im retroglandulären Sulcus vor, nach Fournier's Meinung gerne an der Stelle, wo die Primärsclerose gesessen hatte. In solchen Fällen ist die Verwechslung mit syphilitischen Primäraffectionen leicht möglich und gehören hierhin gewiss manche berichtete Fälle von Reinfection.

W. erzählt unter anderen einen Fall, wo er erst auf Aetzung des Schankers eines vor vier Jahren syphilitisch Inficirten mit concentrirter Kupferlösung ein zerfallendes Gumma entstehen sah und ist veranlasst, den bekannten in diesem Archiv veröffentlichten Untersuchungen Tarnowski's über „Reizung und Syphilis" einen grossen Werth beizulegen. Jedenfalls sei eine äussere Gewalt, ein starkes Reizmittel im Stande, bei einem syphilitischen Kranken ein syphilitisches Symptom an der gereizten Stelle hervorrufen zu können.

Zuweilen zerfallen die genannten Gummata in kurzer Zeit und können bei tiefem Sitze oder gar bei phagedänischem Charakter gar grosse Schädigungen des Gliedes anrichten bis zum Verluste desselben. Bei seinem Sitze in der Urethra ist Urinfistel die Folge, beim Sitze im Corpus cavernosum sind die Erectionen geschädigt.

Bei vorausgegangenem verdächtigen Coitus ist der Zweifel über die Natur der ulcerirten Induration erklärlich. Inoculation auf den Träger könnte ihn beseitigen; aber man müsste mehrere Impfungen machen und der Verlauf des geimpften Schankersecretes ist nicht immer gleichgiltig. Weniger wissenschaftlich, aber nützlicher für den Patienten ist die Probe mit Jodkali, das, wirkungslos gegen den einfachen Schanker, auf das tertiär-syphilitische Produkt schon in einigen Tagen nützlich wirke.

Auch bei grossen Zerstörungen nach diesen tertiär-syphilitischen Affectionen fehlt in der Regel Lymphangitis oder Schwellung der Leistendrüsen.

Die genannten Affectionen, welche $1^1/_2$ bis 13 Jahre (und später) nach dem Primäraffect auftreten können, bestehen oft ohne irgend andere Syphiliserscheinungen.

Das Alter der Welander'schen Patienten war zwischen 20 und 40 und mehr Jahren.

Das Allgemeinbefinden ist zuweilen vortrefflich.

Die Differentialdiagnose betreffend, kann die tertiär-syphilitische Affection verwechselt werden:

1. Mit der Initialsklerose; hier gleichzeitig vorhandene concommitirende syphilitische Erscheinungen, wie Roseola etc. würden den Ausschlag geben, fehlen dieselben, so ist zu berücksichtigen, dass auch die nicht ulcerirte Initialsklerose sich wie eine zu umgrenzende Scheibe zwischen den Fingern fassen lässt, während das Gumma sich mehr als auch in die Tiefe erstreckend anfühlt.

Bei der Initialsklerose sind die Inguinaldrüsen geschwollen, beim Gumma sind sie unverändert.

Tritt bei Personen mit bereits aus anderen Ursachen vorhandenen indolenten verschiebbaren Inguinaldrüsenschwellungen eine Initialsklerose auf, so findet sich sicher unter diesen Drüsen die eine oder andere weniger begrenzt und weniger beweglich als die andere.

Ferner gibt hier der weitere Verlauf Aufschluss:

Nach der Initialsclerose folgen secundäre Symptome; nach dem Gumma folgt Zerfall.

Will man so lange nicht warten, so entscheidet Jodkali, wonach das Gumma oft rasch schwindet.

Im Falle die Initialsklerose, wie Auspitz, Unna und Cornil nachgewiesen haben, in Folge durch Verdickung der Arterienhäute verursachter Thrombenbildung gangränös zerfällt, gibt die An- oder Abwesenheit von Lymphangitis am Dorsum penis, die Beschaffenheit der Inguinaldrüsen, der weitere Verlauf, die Wirkung des Jodkali Aufschluss.

Die tertiär-syphilitische Affection der Genitalien wird sehr leicht verwechselt:

2. Mit dem einfachen Schanker. Dieser aber kommt meist zu mehreren vor, da er sich selber weiter inoculirt.

Der phagedänische Schanker unterscheidet sich von dem tertiär-syphilitischen Geschwür dadurch, dass des ersteren nächste und fernere Nachbarschaft bedeutend entzündet ist, womit ein gerötheter Lymphstrang längs des Penis und die eine oder andere schmerzhafte Inguinaldrüse einhergeht. Die Inoculation widerräth W.

3. Lupus des Penis soll der tertiär-syphilitischen Affection ähnlich sein. Hier gibt die Anamnese und Jodkali Aufklärung.

4. Mit Epitheliom wurden die tertiär-syphilitischen Affectionen der männlichen Genitalien verwechselt. Aber das Cancroid hat einen

langsameren Verlauf als das Gumma. Letzteres verschwindet mit dem Zerfall, ersteres besteht dagegen trotz Zerfalles weiter fort als Geschwulst und blutet leicht, sondert übelriechendes Secret ab, wobei die Inguinaldrüsen sehr geschwollen sind.

Behandlung. Dieselbe sei eine locale und allgemeine.

Das nichtulcerirte Gumma bedecke man mit Quecksilberpflaster, das ulcerirte halte man möglichst rein mit 1 : 1000 Sublimatlösung; die unreine Oberfläche bestreue man mit Jodoform. Dabei ruhiges Verhalten, Vermeiden von Spirituosen und abendlichen solchen Speisen, die Erectionen hervorrufen können. Das Hauptmittel ist Jodkalium, bei raschem Umsichgreifen zu 2, 3, 5 Gramm pro die. Zuweilen steht die günstige Wirkung der Jodkalibehandlung plötzlich stille; dann geht man je nach der Constitution zu Roborantien, Bädern, Mercur über, um nach dem wieder zum Jodkali zu greifen. Die Behandlung darf nicht ausgesetzt werden, so lange nicht die Affection gänzlich verschwunden ist.

W. beschreibt schliesslich auch die schon von Oedmansson angegebene chronische Ulceration der weiblichen Urethra. Bei Prostituirten findet sich nämlich in Folge chronischer Entzündung Verdickung der Harnröhre, tritt hiezu ein weicher Schanker, so können grosse Verwüstungen die Folge sein. Jodkali hat hierauf keinen heilenden Erfolg. Schuster.

32. **Smirnoff.** Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen. (Akademische Abhandlung, Helsingfors 1883.)

33. **Liebreich.** Ueber die Behandlung der Syphilis. (Sitzungen der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 6. und 13. December 1882. Discussion hierüber, Deutsche Medicinal-Zeitung, Dcbr. 1882, und Berl. klin. Woch. Nr. 11 u. 12, 1883.)

34. **Marion Sims.** Behandlung der Syphilis. (Brit. med. Journ. 10. März 1883.)

35. **Schuster.** Ueber die Ausscheidung des Hg durch den Harn. (Verhandlungen des Vereins für innere Medicin in Berlin vom 19. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 1883.)

36. **Diday.** Beitrag zur Naturgeschichte der Syphilis. Complement einer Statistik der mit und der ohne Mercur behandelten Syphilis. (Annales de Dermatol. 2. Serie, III. 1883.)

Smirnoff bespricht (**32**) die Geschichte der Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomelinjectionen, die im Jahre 1864 durch Scarenzio publicirt, in Italien grossen Anklang fand, dagegen in Deutschland und Oesterreich sich nicht einbürgerte, und ebenso wenig in Belgien, Frankreich, England und den scandinavischen Ländern reussirte. Während man in Italien sich an der von Scarenzio inaugurirten Formel in der Dosis von 0·2 oder 0·1 Calomel für jede der 2—3 Injectionen hielt und sich um die eintretenden Abscesse nicht kümmerte, weil die Unannehmlichkeiten dieser bedeutend überwogen werden durch den Nutzen der Methode, hat in den anderen Ländern gerade die fast constante Möglichkeit der subcutanen Vereiterungen von jener Behandlungsweise abgeschreckt.

Verfasser wurde 1881 durch die guten Resultate der Italiener zu einer erneuerten Prüfung der besprochenen Methode veranlasst. Innerhalb 11 Monaten wurden 94 Fälle auf diese Weise behandelt und beobachtet. Smirnoff injicirte in jeder Sitzung 0·1 Calomel in Glycerin 1 : 10 aufgeschlemmt ($8^1/_2$ Striche der gewöhnlichen Pravaz's Spritze) in die weichen Seitentheile jeder Hinterbacke und wiederholte die Injectionen nach 2—3 Wochen. Nach jeder Sitzung wurden die Kranken für 1—3 Tage im Bette gehalten, zur Heilung der vorliegenden syphilitischen Erscheinungen reichten 2—5 Injectionen aus; Jodkali wurde bei tertiär Syphilitischen als Nachkur verordnet.

Für die Bildung von Abscessen nach den Injectionen ergab sich bedeutender Unterschied der beiden Geschlechter. Bei Männern rief die auf beide Nates vertheilte Dosis von 0·2 Calomel nur ausnahmsweise Abscesse hervor, 3—4 auf 100 Striche. Bei Frauen dagegen entstanden bei 26 Behandelten auf 110 Einspritzungen 39 Abscesse, also ungefähr 1:3; wurde aber bei den Frauen die Injectionsdosis verringert und nur 0·05 Calomel auf jede Hinterseite in je einer Sitzung eingespritzt, so entstand auch bei ihnen nur ein kleiner Abscess auf 10 Striche.

Verfasser sucht vor allem in dem grösseren Fettreichthum der weiblichen Nates die Ursache der häufigeren Abscessbildung.

Bei Kindern vor der Pubertätszeit trat selbst bei 0·1 Calomelinjection in jede Hinterbacke selten Abscessbildung ein.

Niemals waren die Abscesse nach den etwa 400 Injectionen beunruhigender Natur. Gewöhnlich vergingen 2—3 Wochen nach der

Injection, ehe die Eiterhöhle sich öffnete, deren Inhalt regelmässig Quecksilber enthielt.

Die Frage nach dem Resultat der Behandlung mit subcutanen Calomelinjectionen ist natürlich noch nicht zu beantworten, da hierzu die Beobachtungszeit zu kurz ist. Dazu liess sich Folgendes constatiren:

Von den behandelten 94 Fällen litten 66 an primären und secundären Syphiliserscheinungen. Hiervon wurden 59 nach im Mittel 41 Verpflegungstagen geheilt entlassen und es hatten erhalten:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fälle | 34 | 2 Inj. | Mit Recidiven kamen zurück | | 2 |
| „ | 14 | 3 „ | „ „ „ „ | | — |
| „ | 6 | 1 „ | „ „ „ „ | | 4 |

Die 30 anderen Fälle litten an tertiären Syphilisformen. Davon starb 1 während der Kur, 2 hatten gar keinen Erfolg, 6 bedeutende Besserung, doch keine Heilung, 3 mussten mit Jodkali behandelt werden, nachdem die Wirkung der Calomelinjectionen erschöpft war, 18 heilten vollkommen.

Vollkommen nutzlos waren die Injectionen bei Periostitis specifica, die dagegen auf Jodkali sich direct besserte.

Aus seinen Untersuchungen zieht Smirnoff den Endschluss, dass die Einfachheit, Giltigkeit und Wirksamkeit der subcutanen Calomelinjectionen sie allen anderen Injectionsmethoden vorantreten lässt, und ihnen erlaubt, würdig sich an die ältere Syphilistherapie anzureihen; dass sie sich für alle Formen der Syphilis und besonders bei der Armen- und Hospitalpraxis empfiehlt. Schumacher.

Liebreich schlägt (**33**) ein neues Hg-Präparat zur subcutanen Injection vor, welches er als Quecksilber-Formamid bezeichnet. Seinen Versuchen lag die Idee zu Grunde, ein Quecksilberpräparat zu finden, welches, in den Organismus eingeführt, sich möglichst bald abspalte, aber erst durch den Oxydationsprocess im Organismus. Wir kennen nun eine Anzahl Verbindungen, welche eine grosse Haltbarkeit zeigen, die Amidverbindungen, und wissen andererseits, dass, wenn wir diese mit Metallen verbinden, Körper entstehen, welche an sich sehr leicht zersetzlich sind. Wenn aber eine Quecksilberverbindung für den Organismus brauchbar sein soll, so darf sie nicht in Verbindung sein mit Metallen, die sich bei einfacher Umsetzung zerlegen. Ist hingegen Quecksilber in Verbindung mit Stickstoff, so ist die Haltbarkeit eine

sehr grosse. Ausgehend von diesen Erwägungen fand nun L. folgende Verbindung als die geeignetste: $\frac{H}{CO}(NH)$ Hg, entstanden aus $\frac{H}{CO}(NH_2)$, indem man Quecksilberoxyd mit Formamid behandelte. Die so entstandene Flüssigkeit hat die Eigenschaft, durch Ueberschuss von Natronlauge nicht mehr Quecksilberoxyd niederfallen zu lassen, und ferner, das Eiweiss nicht zu coaguliren. Die Verbindung wird vom Unterhautbindegewebe aufgenommen und zeigt, wie Thierexperimente beweisen, mit den übrigen Quecksilberverbindungen vollkommen identische Erscheinungen der Einwirkung auf den Darm. Ferner tritt das Quecksilber ausserordentlich schnell im Urin auf, während beim Sublimat bekanntlich erst Coagulation und dann erst Ausscheidung eintritt und so nur ein langsamer Arzneistrom stattfindet. L. hat von keinem Mittel bisher eine so schnelle Rückbildung der Erscheinungen gesehen wie vom Quecksilberformamid, und ferner sind niemals Recidive eingetreten. In einem einzelnen Falle, in welchem auch andere Mittel keine Erfolge hatten, hat die Syphilis auch diesem Mittel widerstanden. L. räth, 30 Injectionen zu machen, dann aber eine Pause eintreten zu lassen. Das Mittel ist leicht hergestellt, hält sich sehr zweckmässig in Gläsern und wird verordnet in Lösung von 1:100, wovon $^1/_2$—1 Spritze. Schmerzlos ist das Mittel nicht, doch sind die sauren Lösungen viel schmerzhafter, während dies Präparat vollkommen neutral reagirt. Die interne Anwendung desselben gibt negative Resultate. Die Berliner Apotheken werden das Präparat in Zukunft führen als Hydrargyrum formamidatum solutum.

Discussion. Hr. G. Lewin spricht bei aller Anerkennung über die Zuführung von Hilfstruppen gegen die Syphilis von chemischer Seite doch seine Zweifel darüber aus, dass das Mittel bessere Resultate aufzuweisen habe, als das von ihm in Anwendung gezogene Sublimat. Von den vielen von ihm sorgfältig geprüften Präparaten sei keines in der Wirkung schneller, noch sicherer, noch nachhaltiger; bei allen seien dagegen die localen Reize höher. Die Behauptung, dass keine Recidive nach dem Liebreich'schen Mittel auftreten, halte er zum mindesten für verfrüht.

Hr. Liebreich sucht die ihm gemachten Einwürfe des Vorredners, ehe derselbe noch das Mittel versucht habe, zu widerlegen. Herr Lewin habe selber erklärt, dass man die Leute im Krankenhause nicht lang zurückhalten könne, und doch sage er, man müsse

das Mittel genau prüfen, um über die Recidiven zu urtheilen. Wenn man aber die Kranken entlasse, sobald 4 Wochen vorüber sind, sobald das Exanthem geschwunden ist, dann könne man in der That zu keinem abschliessenden Urtheil gelangen. Uebrigens komme bei den Erfolgen auch wesentlich die gute Ernährung in Betracht. Auf eine Anfrage des Hrn. Steinauer bemerkt L., dass er Speichelfluss ausserordentlich selten danach beobachtet habe. Ein Zeichen von Uebersättigung sei zunächst immer das Auftreten von Durchfällen, die leicht durch Opium zu beseitigen wären. Respirationsstörungen hat L. nicht beobachtet, selbst wenn er am ersten Tage 2—3 Spritzen injicirte.

Herr Köbner: Drei von ihm beobachtete Fälle hätten ihn vorläufig für das neue Mittel nicht begeistern können. Doch müsse er überhaupt von allen Methoden der Injection vom Sublimat angefangen behaupten, dass bessere Resultate als durch die alten Methoden (Schmierkur) u. s. w. bisher bei keiner derselben nachweisbar seien, trotz der von Herrn Lewin 1868 und 1869 aufgestellten Behauptungen. Gegen die oft wiederholten Versicherungen des Letzteren, nirgends in Europa könne man so wie in der Charité alle Recidiven bei den Prostituirten wiedersehen, erhebt er mehrfache, die Fluctuation unter den Berliner Prostituirten und die Art der polizeilichen Untersuchung derselben betreffende Bedenken.

Herr Lassar erklärt, ihm sei es bisher nicht gelungen, unter den bisherigen Behandlungsmethoden einen eingreifenden Unterschied in Bezug auf den Verlauf der Krankheit zu finden. L. ist weit davon entfernt, die theoretischen Voraussetzungen Prof. Liebreich's anfechten zu wollen, allein er vermag nach seinen Erfahrungen nicht, sich eine Anschauung darüber zu bilden, dass ein Mehr oder Weniger von Quecksilber einen Einfluss auf den gedeihlichen Verlauf der Krankheit haben sollte. Liebreich's Empfehlung gipfelt aber in dem Punkte, dass ein Präparat eingeführt würde, welches sich sehr leicht abspaltet und so durch eine grössere Menge in den Körper gebrachten Quecksilbers dem Syphilisgift entgegenwirkt. Derartige Schwierigkeiten haben bei der Innunctionskur auch nicht bestanden, denn man braucht nur ein paar Gramm Quecksilber mehr einreiben zu lassen. In Bezug auf die Kriterien für die Bevorzugung einzelner Präparate kann nicht das klinische Bild der Syphilis massgebend sein, da es sich sehr verschieden aus variablen Componenten zusammensetzt. Auch wenn wir nach einem Präparat ein Re-

cidiv weit hinausgeschoben sehen, könne dieser Umstand nicht für die Actualität des Mittels entscheidend sein, vielmehr glaubt L., dass ein besonderes ausschlaggebendes Moment für die Bevorzugung eines Präparates darin besteht, dass es gut vertragen wird. Das ist aber mit der Inunctionskur der Fall. Wir werden ferner diejenigen Präparate wählen, welche am wenigsten schmerzhaft sind. Ob das neue Präparat diese Bedingung erfüllt, wird die Zukunft lehren. Unter 10.000 Injectionen der letzten Jahre hat L. niemals einen schädlichen Nebeneffect, wie Abscess etc. gesehen. Man muss eben die Spritzen möglichst rein halten und mit scharfen Spitzen (senkrecht A.) in die Nates einstechen.

Herr G. Behrend will weniger auf das Mittel selbst, als auf die geniale Idee Gewicht legen, welche fruchtbringend für die Therapie zu werden verspricht.

Herr Wernich weist auf die seit 1877 bestehende Instruction, betreffend die Untersuchung von Prostituirten mittelst des Speculums hin und sucht dann durch ziffermässige Darlegung den Nachweis zu führen, dass auf jede Untersuchung etwa 3 Minuten kommen, ein Zeitraum, der nach seiner Ueberzeugung den nothwendigsten Bedingungen entspreche.

Herr Köbner bemerkt, dass thatsächlich kurz nach der officiellen Untersuchung Personen, mit secundär syphilitischen Affectionen behaftet, in der Stadt zur Behandlung kamen, und dass solche Uebelstände bei dem relativ viel zu spärlichen ärztlichen Personal gegenüber den Massen der Prostituirten unausbleiblich seien. Hrn. Wernich's Zahlen-Mittheilungen bestätigen diese Angaben. Liebreich's neues Präparat, dessen Zusammensetzung bisher Niemand kannte, wegen seiner Ausscheidungsgeschwindigkeit zu discreditiren, lag K. völlig fern, doch hält er im Hinblick auf die Untersuchungen von Nega, Vajda und Paschkis u. A. seine Behauptung aufrecht, dass die viel raschere Ausscheidung des Quecksilbers nach der subcutanen Injection aller bisher bekannten leicht löslichen Präparate durchaus keinen Vorzug verdiene gegenüber der noch Monate die Schmierkur überdauernden Elimination.

Herr G. Lewin bespricht die Genauigkeit und Correctheit der Untersuchung in der Charité und gibt ferner an, dass er selbst 7 Monate nach der Injectionskur noch Quecksilber im Urin aufgefunden habe. Alsdann geht L. an der Hand seines statistischen Materials auf die Recidive ein und legt dar, dass diese seit Einführung

der Sublimatinjectionen in Bezug auf die Quantität entschieden geringer, in Bezug auf die Qualität weniger bösartig geworden seien.

Hr. Liebreich: Die Discussion mache den Eindruck als sei man mit den alten Mitteln ganz zufrieden und als sei es unnütze Mühe gewesen, ein neues aufzufinden; indessen werde er doch, von der aufgestellten theoretischen Idee ausgehend, in seinen Versuchen fortfahren. Mit der Anschauung Köbner's, dass man bei einer chronischen Krankheit auch chronische Mittel verwenden müsse, könne er sich nicht befreunden; auch sei diese Idee bisher nicht aufgestellt worden. Gegenüber der Angabe Lassar's, dass man, um eine möglichst grosse Quantität Quecksilber in der gegebenen Zeit einzuführen, ja die Dosis erhöhen könne, bemerkt Redner, dass sein Präparat gerade die Dosis vermindert, die Wirkung aber erhöht. Das erklärt sich auf folgende Weise: Wenn man Sublimat durch Injection in den Körper einführt, so bilden sich Quecksilber-Albuminatverbindungen, und es ist möglich, dass die Chloralkalien des Körpers diese Verbindungen lösen. Man hat deshalb, um die Löslichkeit zu erhöhen, bei Einspritzung des Mittels Chlornatrium hinzugesetzt. Dieses wird aber weit schneller resorbirt und es bleibt Quecksilber in Form von Albuminaten zurück, welches gegen das syphilitische Gift ankämpft. Man kann indess mit dem Sublimat nicht in sehr grosser Dosis vorgehen und es wird immer eine grosse Partie von Quecksilber-Albuminaten gebildet. Wenn man dagegen eine Substanz in den Körper einführt, welche nicht solche Verbindungen eingeht, so wird das Präparat sich gleichmässiger durch den Organismus vertheilen, weil nirgends sich durch Verbindungen ein Widerstand zeigt. Beginnt aber die Zerlegung des Präparats, so wird eine grössere Menge von Sublimat an jeder beliebigen Stelle, wo es sich gerade befindet, abgeschieden werden, und dadurch ist man in der Lage, in grösserem Masse auf das syphilitische Gift einwirken zu können. Was die langsame Wirkung mancher Substanzen betrifft, so kommt sie dadurch zu Stande, dass sich ein grosser Kreis von Substanzen dabei bildet. Das ist bei der Schmierkur der Fall. Calomel, innerlich gegeben, ist eine ganz unklare Substanz, wenn man nicht die Nahrung unter ganz gleichen Bedingungen erhält, weil bei variablen Mengen von Kochsalzgehalt derselben sich auch variable Mengen von Sublimat bilden. Aus den Formamidverbindungen nahm L. naturgemäss diejenige Verbindung, welche am wenigsten einen Ballast von organischen Materien

mit sich schleppt. Niemals hat L. die Idee gehabt, dass durch das neue Präparat alle anderen Quecksilberkuren überflüssig seien, und ebenso wenig habe er die Ergebnisse seiner Untersuchungen, die er vom pharmakologischen Standpunkte aus unternommen habe, den statistischen grossen Zahlen gegenüber stellen wollen. — Was die von Köbner erwähnten Fälle betrifft, so handelt es sich in dem einen Falle um ein tuberculöses Kind, bei dem durch die Kur keine Heilung eintreten konnte; in dem zweiten Falle sind unter sehr sorgfältiger Pflege alle Symptome gewichen. Der dritte Fall ist ein solcher, der ebenfalls ganz ohne Quecksilber heilte. Es trat nach der Injectionskur jedesmal scheinbare Heilung ein, der schnell ein Recidiv folgte; Pat. ist später gleichfalls genesen. Die Schmerzhaftigkeit ist auch diesem Präparat gegenüber individuell verschieden.

Hr. Köbner erklärt zur Vermeidung von Missverständnissen, dass er zwei von den erwähnten drei von Liebreich behandelten Patienten, wovon 2 Recidive, der 3. aber, wie sich später herausstellte, nicht Syphilis, sondern Tuberculose der Tibien und einiger Lymphdrüsen hatte, auf der Langenbeck'schen Abtheilung des jüdischen Krankenhauses gesehen, dass er aber nur einen derselben einige Monate nach Beendigung von L.'s Injectionen behandelt habe. Hrn. Lewin wolle nicht er die Priorität der subcutanen Injectionskur absprechen, sondern jedes Lehrbuch der Syphilis und Lewin's eigenes Eingeständniss in den Charité-Annalen von 1868 sagt, dass nicht blos Berkeley Hill 1866, sondern Hebra schon 1860 und vor diesem schon Ch. Hunter Sublimatinjectionen, Scarenzio 1864 Calomelinjectionen gegen die Syphilis publicirt haben; unstreitig aber hat Lewin dieselben am zähesten und zahlreichsten gemacht. Das Durchschlüpfen kranker Prostituirter durch die Sanitätscontrolle habe übrigens auch Lewin in seinem Buche über Sublimatinjectionen 1869 — aber nur behufs Kritik der Recidiv-Ziffern unter seinen Amtsvorgängern, die ihm noch zu niedrig schienen, ausgesprochen, und neuerdings erst wieder (wie Hr. Köbner später zu Protokoll gab) C. Pellizzari in einer in Mailand 1882 erschienenen, sich auf die mangelhafte Untersuchung der Prostituirten in Berlin beziehenden Brochure.

Marion Sims berichtet (**34**), wie er vor 40 Jahren in Montgommery (Alabama) von den Creek-Indianern gelernt habe, Pflanzendecocte gegen Syphilis anzuwenden. Nach Mac Dade bestehen ihre Mittel aus

Kräutern, nebst Kochsalz, Alaun, Eisenfeile. Von den Kräutern liess Dade nach Elimination der unwesentlichen Zugaben Extracte anfertigen, welche nun der Verfasser empfiehlt. Es sind dies:

der flüssige Extract von Smilax Sassaparilla,
„ „ „ „ Stillingia sylvatica,
„ „ „ „ Lappa minor,
„ „ „ „ Phytolacca decandra,
Tinct. Xanthoxyli Carolinensis,

von den ersteren je 2 Unzen (70 Gramm), von der Tinctur 1 Unze (35 Gramm). Einen Theelöffel in Wasser 3 Mal täglich vor dem Essen zu nehmen und bis zu einem Esslöffel voll zu steigen. Für das wirksamste der Extracte (welche übrigens stets aus frischen Pflanzen bereitet werden sollen) hält der Verfasser die Stillingia sylvatica und fordert zu weiteren Versuchen auf.

Schuster (35) sucht dafür, dass das von ihm erhaltene Resultat von der regelmässigen Ausscheidung des Quecksilbers und deren Beendigung 6 (bis 8) Monate nach der Quecksilberkur den aus der Sigmund'schen Klinik 1880 über die Ausscheidung des Quecksilbers mitgetheilten Resultaten von Vajda und Paschkis widerspricht, wonach 2, 3, 5, 7, ja 13 Jahre nach der letzten verhältnissmässig nicht lange dauernden Quecksilberbehandlung noch Quecksilber im Harne gefunden wurde, eine neue Erklärung zu geben. Sch. glaubte mit Herrn Schridde, der Grund dieses abweichenden Resultates könne darin liegen, dass der von den Herren in Wien zur Amalgamirung gebrauchte käufliche Zinkstaub Arsenik enthält, das mit Quecksilber, wie an diesen beiden Röhrchen zu sehen, eine sehr ähnliche Färbung ergibt. Diese Annahme ist von Prof. Ludwig, in dessen Laboratorium die genannten Untersuchungen gemacht waren, als unzutreffend zurückgewiesen worden (s. diese Vierteljahresschrift 1883). Verfasser sei demnach genöthigt, die Richtigkeit des Wiener Befundes von Quecksilber im Harn 2 bis 13 Jahre nach der zuletzt stattgehabten Quecksilberbehandlung anzuerkennen.

Allein die Patienten, bei denen 2 bis 13 Jahre nach Anwendung des Quecksilbers solches im Harne gefunden wurde, waren alle, wie in dem erwähnten Buche genau angegeben ist, einige ja bis zu 10 und 13 Tagen auf der Sigmund'schen Abtheilung, ehe eine Untersuchung des Harns vorgenommen wurde. Nun befinden sich dort min-

destens 12 bis 20 syphilitische Kranke fortwährend in jedem Krankensaale, von denen die meisten, wenn nicht sich gegenseitig, so doch an sich selber Quecksilbereinreibungen machten. Allerdings hat gerade Sigmund mit ausgezeichneter Consequenz die Reinlichkeit auf seiner Abtheilung in einer Weise durchgeführt, dass sie mustergiltig für die syphilitischen Anstalten aller Länder wurde. Aber das kann doch nicht hindern, dass sich die Luft bei den Einreibungen mercurialisire; die Diffusionsfähigkeit des Quecksilbers ist ja so gross, dass es sogar im festen Zustande verdunstet. Verf. habe wiederholt beobachtet, dass, wo 2 Personen in einem Zimmer zubrachten, von denen nur die eine Quecksilbereinreibungen machte, die andere auch mercurielle Erscheinungen bekam. Man wird demnach annehmen dürfen, dass die in die Sigmund'sche Klinik zunächst zur Anpassung auf mehrere Tage aufgenommenen Kranken eine quecksilberhaltige Atmosphäre Tag und Nacht einathmeten. Ist dies richtig, so hat man nicht das Quecksilber im Harne gefunden, das etwa 13 Jahre im Körper war, sondern dasjenige, welches während des 2 bis 13tägigen Aufenthaltes in der Klinik eingeathmet worden war. Mit dieser Erklärung würde dann allerdings der Unterschied zwischen seinen und den Wiener Resultaten über die Ausscheidung des Quecksilbers in ausgleichender Weise erklärt sein.

Diday ist Antimercurialist. Von diesem Standpunkte aus müssen auch seine statistischen Arbeiten betrachtet werden. Auf Grund der von ihm gemachten Notirungen gelangt er (**36**) zu dem für ihn unwiderleglichen Schlusse, dass die Syphilis, die vom Beginne des Schankers an bis zum Auftreten secundärer Erscheinungen mit Mercur behandelt wurde, zum mindesten eben so stark sei, als die nicht mit Mercur behandelte. Hauptsächlich waren es folgende Fragen, deren Beantwortung sich D. gestellt hat: Verhindert Mercur, vom Beginne des Schankers an gereicht, das Auftreten secundärer Erscheinungen? Wenn es sie nicht zu verhindern im Stande ist, schwächt es sie wenigstens ab? Ist der Mercur, wenn schon unmächtig gegen die ersten secundären Erscheinungen, auch gegen das Wiederauftreten späterer wirkungslos? Die Antwort auf alle diese Fragen sei natürlich eine negative. (? Ref.) Schiff.

# Buchanzeigen und Besprechungen.

**Syfilidologia, napisał Dr. Z. Krówczyński, c. k. radca sanitarny we Lwowie. Kraków 1883.**

Der Mangel eines Lehrbuches der Syphilis in der polnischen Fachliteratur, die bisher nur fragmentarische Uebersetzungen der Lehrbücher Reder's und Zeissl's besass, war für den Verfasser Veranlassung zur Abfassung seiner „Syfilidologia", Zweck und Bestimmung derselben, dem polnischen Arzte und Studirenden eine Anleitung beim Studium der Syphilis zu geben, den momentanen Stand dieser Disciplin zu präcisiren. Und diese Aufgabe ist dem Verfasser auch vollkommen gelungen. In leicht fasslicher, geläufiger Sprache gibt er dem Leser in der Form eines nicht viel über 400 Seiten zählenden Compendiums mit anerkennenswerther Objectivität, gründlicher Literaturkenntniss, die allüberall durch reiche eigene Erfahrung illustrirt wird, einen klaren Ueberblick über die Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis.

Verfasser ist Dualist, das documentirt am deutlichsten die Anlage seines Buches, indem er sich auf die Besprechung der Syphilis im engeren Sinne des Wortes beschränkt und sowohl den Tripper, als auch die localen Geschwürsformen von der Behandlung ausschliesst. Aber Verfasser ist kein Anhänger der starren Dualitätstheorie, für ihn sind die Ausdrücke „hart" und „weich" durchaus nicht gleichbedeutend mit „Syphilis" und „Nicht-Syphilis". Er erklärt freimüthig, dass er diesen Standpunkt für antiquirt und unhaltbar ansieht, und hebt hervor, dass er in vielen Fällen (wenn ja auch der typische syphilitische Initialaffect durchaus nicht geläugnet werden soll) Initialaffecte beobachtete, die absolut für Syphilis nichts Charakteristisches darboten, er läugnet also, dass die Syphilis mit einem immer

typischen, wohl charakterisirten Initialaffecte beginne, ja derselbe könne local auch unter dem Bilde eines weichen Schankers verlaufen. Zwei Momente aber lassen einen solchen als syphilitischen Initialaffect auftretenden „weichen Schanker“ erkennen, einmal die multiple Drüsenschwellung, der Verfasser einen grösseren Werth beilegt, als dem Aussehen des Initialaffectes, und dann die Confrontation, der Nachweis, dass ein solcher „weicher Schanker“ von einem Syphilitischen stammt, und auf Gesunde überimpft, wieder Syphilis hervorruft.

Der Bidenkap'schen Ansicht, dass der weiche Schanker das Produkt der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische sei, vermag sich K. nicht anzuschliessen. Eigene Beobachtungen, die er bei Zarewicz in Krakau angestellt, haben ihm die Ueberzeugung verschafft, dass die so erzeugten Geschwüre weichen Schankern ähnlich sind, aber im Verlaufe und oft auch im Aussehen doch von diesen abweichen. Ebenso hebt Verfasser hervor, dass durch Aetzung von Geschwüren diese oft eine derbe Basis erhalten, im spongiösen Gewebe auch eine typische Induration sich lange nicht so distinct präsentirt, als auf derber, bindegewebiger Grundlage, endlich bei cachectischen, scrophulösen Personen, bei denen jede Entzündung sich protrahirt, auch die verschiedensten Ulcerationen eine derbe Basis aufweisen, alles Momente, die geeignet erscheinen, die Infallibilität der Initialinduration herabzusetzen.

Bei dem Capitel „Uebertragung“ findet insbesondere die hereditäre Syphilis eingehende, durch zahlreiche eigene Erfahrungen belegte Besprechung. Verfasser entwickelt jedoch hier eine allerdings nur hypothetisch ausgesprochene Ansicht, mit der sich der Referent nicht einverstanden erklären kann. Nachdem Verfasser die negativen Resultate der Impfungen mit den physiologischen Secreten Syphilitischer, insbesondere Mireur's Impfungen mit Sperma hervorgehoben, schliesst er, dass da das Sperma selbst, weil nicht haftend, auch nicht Träger des Virus sein könne, man sich das Zustandekommen der hereditären Syphilis nur so erklären müsse, dass dem Sperma Zerfallsprodukte syphilitischer Erkrankungen des uropoetischen Apparates beigemengt wurden, die als sichere Träger des Virus die Erkrankung des Fötus vermitteln würden.

Ebenso eingehende, von reichen eigenen Erfahrungen zeugende Besprechung als die Initialaffecte erfahren auch die secundären Syphilis-

formen. Die Exantheme, deren charakteristische Merkmale und Verlauf sind klar und deutlich geschildert, die Differentialdiagnose präcis gegeben. Aus dem Capitel der tertiären Syphilis erwähnt Referent insbesondere die Besprechung der Nerven-, Knochen-, Leber-Syphilis.

Das Capitel „Prognose“ enthält manchen interessanten Wink über den Zusammenhang und die Wechselwirkung der Syphilis und anderer acuter und chronischer Erkrankungen.

Das Capitel „Syphilis maligna“, zu dem Verfasser ja auch in dieser Vierteljahresschrift schätzenswerthe Beiträge geliefert, wird eingehend gewürdigt.

In der Therapie documentirt sich Verfasser als einen gemässigten Mercurialisten, ist hingegen kein Freund der exspectativen Heilmethode. Die Indicationen der Quecksilber- und Jodbehandlung werden genau präcisirt und auf ihre physiologische Basis zurückgeführt, die Localbehandlung eingehend gewürdigt und so kann Referent der polnischen Fachliteratur nur wünschen, es mögen ihr bald auch in den anderen Disciplinen Originalwerke wie Krówczyński's „Syfilidologia“ zuwachsen.

Dr. E. Finger.

# Bibliographie vom Jahre 1882.

Viertes Verzeichniss.

(Fortsetzung von pag. 194 ff. und 205 ff. 1883.)

---

## Dermatologie.

Alexander. Facial hyperplasia cutis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 88.

Anderson, McC. The diagnosis of diseases of the skin. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 744.

Archambault. De la scarlatine, sa symptomatologie, ses caractères, hygiène et traitement. — Revue méd. franç. et étrangère. Paris, I, p. 369—374.

Arnheim, F. Ueber das Verhalten des Wärmeverlustes, der Hautperspiration und des Blutdruckes bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten. — Zeitschr. für klin. Med. Berlin, V, p. 363—412.

Arnozan. Dermalgie ou dermatalgie; anglais, dermatalgy; allemand, Hautnervenschmerz; italien, dermatalgia. — Dictionn. encyclop. des sciens. méd. Paris, 1 Sér.; XXVII, p. 614—634.

Atkinson, J. E. The vesicular and bullous forms of erythema exsudativum multiforme. — Med. News. Philadelphia, XLI, p. 621—624.

Aubert, P. L'hyperidrose axillaire des personnes nues. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., III, p. 685—693.

Azary, A. Beiträge zu den Schutzimpfungen und zur Immunität gegen Milzbrand. — Deutsche Zeitschr. für Thiermed. Leipzig, VIII, p. 277—285.

Baaz, J. Ueber eine Röthelnepidemie in der Bergstadt Idria im Jahre 1882. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, LI, p. 1289—1292.

Babes, V. A bör izomdagjairól (Myoma auf der Haut.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVI, pp. 1083, 1104.

Balardini. Relazione sulle cause della pellagra e sui mezzi per prevenirla possibilmente e curarla. Brescia, 16°.

Balzer, F. Contribution à l'étude de l'érythéme tricophytique (tricophyton géant). — Arch. d. physiolog. norm. et pathol. Paris, 1883, 3 Sér. I, p. 171—176.

Barry, D. P. Period of incubation of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1247.

Barthélemy. Note pour servir à l'histoire des purpuras. — Arch. générales de méd. Paris, II, p. 641—658.

Barthélemy, T. Note sur le psoriasis des muqueuses et surtout sur le psoriasis lingual. — France méd. Paris, II, pp. 713, 724.

Bassi, R. Relazione sommaria degli esperimenti di inoculazione preventiva del carbonchio o di vaccinazione carbonchiosa secondo il medoto Pasteur, fatti alla R. Scuola veterinaria di Torino, e commenti relativi. Torino, 8°.

Battams, J. S. Period of incubation of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1248.

Batut, Louis. De la scarlatine chirurgicale. Thèse. Paris, 4°, p. 62 u. 2 Taf.

Bax. Observation de sclérodermie. — Soc. méd. d'Amien. Bulletin (1880—81), 1882, XX et XXI, p. 118—128.

Beecher, A. C. W. Tongue and larynx from a case of elephantiasis Graecorum. — Med. News. Philadelphia, XLI, p. 665, auch Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, 202—204.

Behrend, G. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Für Aerzte und Studirende. Zweite Auflage. Berlin, 1883, 8°.

Benson, A. Primary lupus of the conjunctiva. — British med. Journ. London, II, p. 1256.

Bernard, A. Notes of cases of warty growths on the genitals. — Lancet. London, II, p. 620.

Betti, E. Il carbonchio. — Bullett. d. Com. spec. d'igien. d. municip. di Roma. III, p. 353—374.

Bidder, A. Ueber künstlichen Albinismus partialis. — Centralblatt f. d. med. Wissensch. Berlin, XX, p. 897—899.

Blomfield, J. E. The tread-cells and epidermis of Myxine. — Quart. Journ. of microscop. science. London, N. S. XXII, p. 355—361 u. 1 Taf.

Boëns, Hubert. La dégringolade du vaccine et des vaccinateurs Charleroi, 4°, p. 5.

Boëns, H. L'école vaccinatrice et l'école antivaccinatrice, à propos des virus atténués et de leur inoculation directe dans l'économie animale. — Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles, 3 Sér. XVI, p. 875—992.

Bokai, J. A heveny izületlob, mint a vörheny egyik szövödménye. (Acuter Gelenksrheumatismus als eine Complication des Scharlachfiebers.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVI, p. 969—975; deutsch in Pester med.-chir. Presse, XVIII, p. 837—840.

Börner, P. Pasteur's Schutzimpfung gegen den Milzbrand vor der deutschen Kritik. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, VIII, p. 697.

Bouchut. De l'érysipèle après la trachéotomie. — Paris méd. VII, p. 577.

Bourneville et Bonnaire. Relation d'une épidémie de rougeole observée à l'hospice de Bicêtre dans la section des enfants épileptiques et idiots. — Progrès méd. Paris, X, pp. 663, 719, 774, 793, 811, 887, 907.

Boye, J. Un cas de purpura hémorrhagique traité avec succès par l'ergotine. Montpellier, 8°. (Abdruck aus Montpellier méd.)

Boyer, H. C. de, et d'Antin. Note sur un parasite végétal du genre oïdium, observé à la surface de quelques affections pustuleuses chez les enfants. — Bulletin de la société anatom. de Paris, 1881, LVI, p. 447—452.

Breda, A. La tricoressi nodosa. — Gazz. med. ital. provinz. venete. Padova, XXV, p. 303—306.

Breda, A. Anatomia patologica di un lupus laringeo. — Ibidem p. 395—397.

Brill, N. E. A case of scarlatinal insanity with epilepsy. — N. Engl. med. Month Newton. Conn. 1882—1883, II, p. 55—58.

Brocq, Anne Jean Louis. Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux, maladie d'Erasmus Wilson. Thèse. Paris, 4°, p. 232, u. 2 Taf.

Brocq, L. Note sur l'anatomie pathologique de la dermatite exfoliatrice généralisée. — Annales de dermat. et de syph. Paris, 2 Sér. III, p. 534—539 u. 2 Taf.

Bryden, R. J. Prolonged incubation of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1035.

Buchanan, G. Memorandum by the medical officer of the local government board on the probable origin of erysipelas at the Norwich public vaccination station. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 670—672.

Buchner, H. Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrandcontagiums aus den Heupilzen. — In: Nägeli C. Untersuchungen über niedere Pilze. München und Leipzig, pp. 140, 186.

Buchner, H. Versuche über die Entstehung des Milzbrandes durch Einathmung. — Ibidem, p. 178—185.

Bulkley, L. D. Acne. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 328—336.

Bulkley, L. D. Analysis of 8000 cases of skin-disease. — Ibidem, p. 289—318.

Bull, O. B. Forekommer Karatitis neuroparalytica hos Spedalske? — Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Christiania, XII, p. 740—755.

Burggraeve, Jenner et M. Pasteur, ou les vaccins unifés. — Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles, 3 Sér., XVI, p. 1026—1070.

Byrd, H. L. Cosmoline and petroleum in diphtheria, whooping-cough and measles. — Med. News, Philadelphia, XLI, p. 509.

Calhoun, A. W. Vaccination of the eyelid. — Atlanta med. Register. 1882—83, N. S. II, p. 155—157.

Calhoun, C. W. A study of leprosy at Mount Lebanon, Syria. — Med. Record. New York, XXII, p. 692.

Cameron, J. S. Case suggestive of a probably prolonged infectiousness in some convalescents from scarlet fever. — Lancet. London, II, p. 1071.

Carreras-Aragó, L. El sarampion en sus diversas manifestaciones oculares primarias ó consecutivas. — Oftalm. práct. Madrid, 1882—83, I, pp. 103, 153.

Cauty, H. E. On the internal administration of chrysophanic acid in psoriasis. — Lancet. London, II, p. 935.

Cavafy. Symmetrical congestive mottling of the skin. — British med. Journ. London, II, p. 1153; auch Lancet. London, II, p. 942.

Cavafy, J. Two cases ef myxoedema. — Transactions of the clin. society of London, XV, p. 87—92 u. 1 Taf.

Ciaudo. Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, surtout au point de vue préservatif. Paris, 8°, p. 120 avec tabl. et planch.

Conner, P. S. On the use of the actual cautery (the thermo-cautery of Paquelin) in the treatment carbuncle. — Med. News. Philadelphia, XLI, p. 648.

Coover, F. W. Humanized vaccine virus vs. bovine virus. — Med. Record. New York, XXII, p. 654.

Corneau, Georges. Des verrues; leur traitement. Thèse. Paris, 4°, p. 51.

Coutinho, A. Urticaria; contribuiçao para o estudo de sua etiologia, pathogenia e therapeutica. — Annaes Brasil. de med. Rio de Janeiro, 1881—82, XXXIII, p. 411—418.

Crocker, H. R. A case of prurigo ferox of Hebra. — Transactions of the clinic. soc. of London, XV, p. 248—250.

Croskery, W. B. Notes on measles. — Lancet. London, II, p. 887.

Curti, A. Alcune riflessioni sulla vaccinazione. Parma, 8°, p. 44.

Cushier, Elizabeth M. A case of myxoedema. — Arch. med. New York, VIII, p. 203—218.

Dall' Acqua, E. Osservazione di un caso di onicoelcosi settica. — Giornale ital. d. malattie veneree e d. pelle. Milano, XXIII, p. 299—302 u. 2 Taf.

Dauchez, H. De l'érysipèle curateur et modificateur. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXIV, p. 566—570.

Davy, Armand Charles Marie. Contribution à l'étude de l'herpès des muqueuses de l'herpès du larynx. Thèse. Paris, 4°, p. 30.

Deakin, S. Notes on a case of prurigo ferox; treatment and recovery. — Lancet. London, II, p. 658.

De Jong, G. G. Jets over pemphigus. — Geneeskundige Courant. Tiel, XXXVI, Nr. 46.

Duckworth, D. Notes of two cases of subcutaneous rheumatismal nodes. — Lancet. London, II, p. 943.

Dujardin. Phthiriasis des paupières. — Journ. des scienc. méd. de Lille. IV, p. 873.

Dumas, A. Pustule maligne traitée et guéri par les injections phéniquées sous la peau. — Journ. de thérap. Paris, IX, p. 801—809.

Dunlop. Case of sebaceous cysts of the prepuce resembling epithelioma. — Med. Press and Circular. London, N. S., XXXIV, p. 372.

Eagan, P. R. Erysipelas as a cause of puerperal peritonitis. — Med. Record. New York, XXII, p. 556.

Edwards, C. A vaccinating instrument. — Lancet. London, II, p. 938.

Eichhoff. Ueber den Stand der Schimmelpilzfrage. — Monatshefte f. prakt. Derm. Hamburg, I, p. 232—235.

Ellis, Fatal small-pox following an apparently successful vaccination. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1882—83, IX, p. 328.

Erb, W. Notiz zur Aetiologie des Herpes zoster. — Neurolog. Centralblatt. Leipzig, I, p. 529—531.

Fabre, P. De l'érythème polymorphe exsudatif (ou maladie d'Hébra). — Gaz. méd. de Paris 6 Sér., IV, pp. 512, 524, 547, 559, 611, 623.

Felix (Flix), J. Sur la prophylaxe de la pellagre. Rapport au IV. congrès international d'hygiène, Genève, Septembre 1882. Genève, Wien, 8°, p. 52.

Feltz. Sur le rôle des vers de terre dans la propagation du charbon et sur l'atténuation du virus charbonneux. — Compt. rend. de l'Acad. des scienc. Paris, XCV, p. 859—862.

Ferrari, P. Il contagio e l'eredità della lebbra. — Giornale ital. delle mal. vener. e d. pelle. Milano, XXIII, p. 295—299.

Folkersma, A. T. Verslag nopens het Parc Vaccinagéne te Groningen, over het jaar 1881. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XVIII, p. 759—761.

Foster, F. P. Animal vaccination. — New York med. Journ. XXXVI, p. 476—484.

Fox, G. H. The etiology of urticaria. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 108—115.

Fox, G. H. The treatment of wine-mark by electrolysis. — Transactions of the med. society of New York. Syracuse, p. 319.

Fox, T. C. Case of feigned skin disease. — Lancet. London, II, p. 1109.

Friedberg, H. Tödtlicher Milzbrand eines Menschen in Folge von Berührung der Lungen und des Herzens einer milzbrandkranken Kuh. — Virchow's Archiv. Berlin, XC, p. 26—32.

Gärtner, G. Untersuchungen über das elektrische Leitungsvermögen der menschlichen Haut. — Med. Jahrbücher. Wien, p. 519—549.

Gibert. Le traitement des maladies parasitaires de la peau comme corollaire de l'inspection médicale des écoles. — Revue d'hygiène. Paris, IV, p. 832—834.

Gnocchi, G. Intorno ad un caso di ragadi alla cute della dita dipendenti probabilmente da infezione malarica. — Giornale di clin. e terap. Messina, I, p. 289—293.

Goodhart, J. F. A case which presented the clinical but not the pathological characteristics of myxoedema. — Transactions of the clin. society of London, XV, p. 94—98.

Guibout, E. Des modifications que l'état du malade doit amener dans le traitement des maladies cutanées. — France méd. Paris, II, p. 700—703.

Hallopeau, H. Du traitement de l'érysipèle par le salicylate du soude, administré intus et extra. — Bulletins et Mém. de la soc. med. des hôpitaux de Paris (1880). 1881, 2 Sér. XVII, pt. 2, p. 85—91.

Hamilton, A. McL. A case of myxoedema, with a consideration of the neuritic origin of the disease. — Med. Record. New York, XXII, 645—657.

Hamlin, A. C. Case of molluscum fibrosum. — Report. Superv. Surg. = Gen. Mar. Hosp. Serv. Washington, p. 171 u. 1 Taf.

Hansen, G. A. Studien über den Bacillus leprae. — Virchow's Archiv. Berlin, XC, p. 542—548.

Hardaway, W. A. Acne. — St. Louis Courier of med. 1883, IX, p. 1—13.

Hardaway, W. A. Case of pigmented neoplasm of the skin. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 97—102 u. 1 Taf.

Hardy. De la gale. — France méd. Paris, II, p. 661—666.

Hardy. Sunto delle lezioni sulle malattie cutanee in genere e dei dartri in specie; compilati per C. Bagnoli. — Spallanzani, Modena, 2 Ser., XI, pp. 418, 570.

Harris, V. Note on Pacinian corpuscles. — Quarterly Journ. of microsc. science. London, N. S. XXII, p. 399 u. 1 Taf.

Harvey, T. B. Lupus exedens; clinical lecture. — Indiana med. Journ. Indianapolis, 1882—83, I, p. 192—196.

Hatch, F. W. Report on small-pox in California 1880 and 1881. Sacramento, 1882, 8°, p. 16.

Heffner, C. W. Exanthema caused by intestinal irritation. — Med. Bulletin. Philadelphia, IV, p. 296.

Heiman, T. Przypadek choroby Sartów. Wrzod taszkencki, daszachurda, jaman dzaragan (Sartow-Krankheit: eine epidemische Hautkrankheit; der sogenannte Abscess zu Taszkenta). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. II, p. 786—792.

Heitzmann, C. Ueber Radical-Epilation mittelst Elektrolyse. — Wiener med. Blätter. V, p. 1319.

Henrot, H. Des lésions anatomiques et de la nature du myxoedème. — Union méd. et scient. du nord-est. Reims, VI, p. 353—365 u. 2 Taf.

Hernandez-Briz, B. Algunas consideraciones sobre la pustula maligna y su tratamiento. — Anales de ciruj. Madrid, 1882—83, I, p. 157—167.

Hoggan, G. On the functions, character, and positions of the ultimate nerve-terminations in the skin and hairs. — British med. Journal. London, II, p. 1197—1200.

Hoggan, G. und F. E. Hoggan. Urticaria pigmentosa. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, I, p. 235—244.

Högyes, E. A kolozswári lépfene-gyógykisérletek. (Die Klausenburger Experimental-Station für Milzbrand). — Orvosi hétilap. Budapest, XXVI, p. 1257—1266.

Hopkins, G. G. Report of a case of molluscum fibrosum. — Transactions of the med. soc. of New York. Syracuse, p. 328—331.

Huet, G. D. L. Erythema papulatum uraemicum. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, 2 Afdel. p. 87—96.

Hyde, J. N. On certain cutaneous affections of the hands. — Med. News. Philadelphia, XLI, p. 645—648.

James, J. B. Public vaccination. — British med. Journ. London, II, p. 893.

Kaposi, M. Xeroderma pigmentosum. — Med. Jahrbücher. Wien, p. 619—633 u. 5 Taf.

Kémadjian Mihran. De l'albuminurie consécutive aux excitations cutanées. Thèse. Paris, 4°, p. 44.

Kerschensteiner, von. Die Blatternkrankheit in Bayern vom Jahre 1872 bis zum Jahre 1881. Nach amtlichen Quellen dargestellt. — Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. Nürnberg, XXXIII, p. 435—440.

Klamann. Ein Fall von Mycocis vaginae mit heftigem Pruritus vulvae. — Allgemeine med. Central-Zeitg. Berlin, LI, p. 1053.

Klamann. Vier Fälle von Herpes tondens mit eigenartigem Verlauf. — Ibidem, p. 1089.

Koch. De l'inoculation charbonneuse; réponse à M. Pasteur. — Semaine méd. Paris, II, pp. 205, 209.

Koch, R. Ueber die Milzbrandimpfung. Eine Entgegnung auf den von Pasteur in Genf gehaltenen Vortrag. Kassel 8°, p. 37.

Konetschke. Ueber das Wesen des sogenannten chirurgischen Scharlachs. — Wiener med. Presse. XXIII, p. 1483—1485.

Koningh, de. Herpes pharyngis. — Geneeskundige Tijdschrift v. Nederlandsch Indië. Batavia, 1881, N. S. X, p. 651.

Korach. Ueber Xanthelasma universale. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1882—83, XXXII, p. 339—354 und 1 Taf.

Koren, A. Meddelelser om Skarlagensfeber. — Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Christiania XII, p. 773—798.

Kranz, A. Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1881. — Aerztl. Intelligenz-Blatt. München, XXIX, p. 535—538.

Krasin, A. Ob otnoshenii skarlatinoznago difterita k chistomu nervichnomu difteritu (Beziehungen der Skarlatina-Diphtherie zur eigentlichen Diphtheritis). — Vrach, St. Petersburg, III, p. 768—770.

Krukenberg, G. Thermometerische Untersuchungen über die Wirkung verschieden temperirter Vollbäder. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1882—83, XXXII, p. 315—338.

Kutzleb. Zur Geschichte der Schutzimpfungen. — Deutsche Zeitschr. f. Thiermed. Leipzig, VIII, p. 309—311.

Kuznetsov, A. Izsledovanie nad poterejou tepla kojejou cheloveka v zdorovom i boleznennom sostojanü (Verlust von Wärme durch die Haut im gesunden und kranken Zustande). — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXI, p. 601—603.

Landowski, P. Sur un cas remarquable de purpura émotif. — Assoc. franç. pour l'avance d. scien. Compt. rend. 1880. Paris, 1881, IX, p. 883—885.

Lang. Ein Fall von Variola complicirt durch Thrombose der Arteria poplitaea. — Prager med. Wochenschr. VII, p. 478—480.

Lee, R. J. The cutaneous diseases of children. — Lancet. London, II, p. 564—566.

Léger. Rapport sur l'état de la petite vérole et de la vaccine dans le département en 1879 et 1880. — Soc. méd. d' Amiens. Bulletin (1880—81), 1882, XX et XXI, pp. 282, 290.

Léger. Scarlatine, élimination en totalité d'un ganglion lymphatique cervical sous forme de bourbillon. — Ibidem, p. 169.

Leichtenstern, O. Ueber Scharlach-Therapie. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, VIII, pp. 599, 615, 632.

Lenhartz. Ueber Pemphigus acutus gangraenosus. — Berliner klin. Wochenschr. XIX, p. 696—700.

Lesigne, Arthur. Contribution à l'étude des phlegmons de la paroi intérieure de l'aisselle. Thèse. Paris, 4°, p. 56.

Lessing, F. Plica polonica. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 82.

Leudet. Des hydropisies et des accidents rénaux dans la convalescence de la variole. — Assoc. franç. pour l'avance des scienc. Compt. rend. 1880. Paris, 1881, IX, p. 896—898.

Lewis, D. The treatment of scarlatina. — Transactions of the med. society of New York. Syracuse, p. 185—188.

Lewis, E. A. Case of gangrene of face. — Pathologist. Brooklyn, II, p. 149.

Locascio, Fr. Studii scientifici sopra materie vacciniche, preceduti da rivelazioni sulla istituzione della condotta medico-cerusica-ostetrica. Palermo, 1881, 8°, pp. XXXX, 301.

Lodewijks, J. A. en L. Weiss, Bydrage tot de kennis der pathologische anatomie van Beriberi. — Geneeskundige Tijdschrift v. Nederlandsch Indië. Batavia, 1881, N. S., X, p. 589—649 u. 2 Taf.

Loebl, J. M. Erythema nodosum als Nachkrankheit von Angina follicularis. — Wiener med. Blätter. V. p. 1322.

Luczkiewicz, H. Odra w połączeniu z blonicą (diphtheritis) (Masern in Verbindung mit Diphtheritis). — Medycyna. Warszawa, X, pp. 839, 855.

Lunn, J. R. Two cases of myxoedema, male and female. — Transactions of the clin. soc. of London. XV, p. 84—87.

Lupó, P. Il idoformio nella cura dell'antrace o favo. — Gazz. d. ospit. Milano, III, pp. 683, 700.

Mackenzie, S. A case of lupus psoriasis. — Transactions of the clinic. soc. of London. XV, p. 252—255.

Mahomed, F. A. Case of myxoedema improving under treatment. — Ibidem, p. 98—100.

Main, J. S. On the treatment of scarlet fever. — Glasgow med. Journ. XVIII, p. 359—361.

Main, J. S. The period of infectiveness in scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1091.

Maiocchi. Esperimenti fisico-patologici coll' olio di crotontilium nell' erpete tonsurante. — Bullettino d. r. Accad. med. di Roma. VIII, p. 290—304.

Maiocchi. Preparazioni microscopiche della pelle dell' area Celsi. — Ibidem, p. 260.

Makuna, M. D. Ectrotic treatment of varioles in small-pox; cauterisation by carbolic acid; with morbid anatomy and pathology of the varioles, and general local treatment. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXIV, pp. 302, 326.

Marfan, A. Etude sur le molluscum simplex de la grande lèvre. — Arch. de tocologie. Paris, IX, p. 705—715.

Marsden, J. H. Small-pox and vaccination. — Transactions of the Homoeopath. med. soc. of Pennsylvania. Pittsburgh, XVIII, p. 184—192.

Marshall, L. W. On a case of psoriasis treated by chrysophanic acid internally. — Lancet. London, II, p. 702.

Massay, Étienne Arthur. Contribution à l'étude du traitement des teignes et en particulier du traitement par le cosmétique à l'huile de croton. Thèse. Paris, 4°, p. 60.

Mathieu, Albert. Purpuras hémorrhagiques. Essai de nosographie générale. Thèse. Paris, 4°, p. 80.

Mc Leod, K. Operation for removal of scrotal elephantiasis. — Indian med. Gaz. Calcutta, XVII, p. 283—287.

Meyer, L. Ueber Impfungen „Lungenschwindsüchtiger" im vorgeschrittenen Krankheitsstadium mit humanisirter Lymphe. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F., XXXVII, p. 313.

Meyer, L. Zur Ehrenrettung Jenner's humanisirter Lymphe. — Ibidem, p. 302—312.

Mitchell, G. S. A contribution to the therapeutics of scarlatina. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S., X, p. 53—60.

Modrzejewski, E. Multiple angeborene Fibromata mollusca (sogenannte Neurofibrome von Recklinghausen). — Berliner klin. Wochenschr. XIX, p. 627—631.

Moore, N. Elbow-joint from a case of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1212.

Morris, M. Case of xanthoma tuberosum. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 595.

Mundorff, E. A. The value of vaccination, as illustrated by a record of 2000 cases. — Pittsburgh med. Journ. II, p. 327—329.

Myrtle, J. A. Scarlet fever; notes of an outbreak; causes. — British med. Journ. London, II, p. 787.

Newton, R. C. The „raspberry" vaccination scar, and its guarantee of protection from small-pox. — Med. Record. New York, XXII, p. 587.

Nussbaum, von. Ueber Panaritium und dessen Behandlung. — Wiener med. Presse. XXIII, p. 1611.

O' Connor, B. Two cases of universal ichthyosis in adult females. — Transactions of the clinic. society of London, XV, p. 250—252.

Oks, B. A. Glitserinovaja vitjajka teljachei ospennoi limphi (Glycerinextract von Kalbslymphe). — Vrach. St. Petersburg, III, pp. 633, 651.

Orlov, D. Epidemii v Moskovskom uezde s sept. 1881 g. do sept. 1882 g. (Scharlachepidemie). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburgh, VII, p. 3617—3623.

Pagani, G. Sulla vaccinazione carbonchiosa: conferenza popolare tenuta addi 11 giugno 1882 in Piacenza. Piacenza, 8°.

Parker, W. L. Period of incubation of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 1149.

Parrot. Adénopathie cervico-céphalique, impétigo simple ou lymphatique, impétigo pédiculaire; diagnostic différentiel; traitement. — Revue méd. franç. et étrangère. Paris, I, p. 442—448.

Pasteur. Sur la vaccination charbonneuse (compte rendu sommaire des expériences faites à Pouilly-le-Fort, près Melun). Constantine, 4°. (Aus: Compt. rend. d'Acad. des sciences de Paris.)

Pasteur, L. Une statistique au sujet de la vaccination préventive contre le charbon, portant sur quatre-vingt-cinq mille animaux. — Compt. rend. de l'Acad. des scienc. de Paris. XCV, p. 1250—1252.

Paterson, C. E. Notes on the recent epidemic of measles in Iceland. — Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 508—510.

Pawollek. Ergebnisse der Impfungen und Wiederimpfungen im Kreise Bolchen für die Jahre 1873, beziehungsweise 1875 bis 1881. — Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege. Strassburg, VII, p. 114—117.

Pepper, A. J. Successful tying of the common carotid artery for severe bleeding from the throat after an attack of scarlet fever. — Med. Press and Circular. London, N. S., XXXIV, p. 373.

Petit, L. H. Sur l'étiologie et la pathogénie de la variole hémorrhagique. — Union méd. Paris, 3. Sér., XXXIV, pp. 890, 925, 940, 1009, 1057, 1073.

Pfeiffer, L. Ueber die Rückimpfung auf Kühe und Kälber und die Technik dieser Impfmethode. Ein Weg zur allgemeinen Einführung der animalen Vaccination. — Jahrb. für Kinderheilkunde. Leipzig, N. F., XIX, p. 129—141 u. 1 Taf.

Pick. Psoriasis (guttata, orbicularis, gyrata). — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVII, p. 557.

Piffard. Eczema marginatum. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 87.

Piffard, H. G. Calx sulphurata and its uses in cutaneous and some other diseases. — Ibidem, p. 102—108.

Piffard, H. G. Note on the treatment of erysipelas. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 325—327.

Piga, P. Il lupo ipertrofico e le incisioni lineari. Sassari, 8°.

Plá, E. F. Merecen algun crédito las razones que alegan los detractores de la vacunacion, contre la inoculacion del incuestionable preservativo de la viruela (Thésis). — Crònica med.-quirurg. de la Habana, VIII, pp. 401, 505.

Platteeuw. Orrsprong van de benaming der Beri-Beri. — Geneeskundige Tijdschrift v. Nederlandsch Indië. Batavia, 1881, N. S., X, p. 664—666.

Pospelow, A. Ein Fall von Psoriasis vulgaris acuta der Haut und Schleimhäute. — St. Petersburger med. Wochenschr. VII, p. 385—387, — Russisch in: Vrach, St. Petersburg, III, p. 685—687.

Prince, M. The bacterium of „red sweat“. — Boston med. and surg. Journ. CVII, p. 586.

Pye, W. Notes of a case of large hairy mole on the forehead treated by transplantation of a skin-flap from the arm. — Lancet. London, II, p. 1077.

Ranvier, L. Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi. — Compt. rend. de l'Acad. des scienc. de Paris. XCV, p. 1374—1377.

Rennert. Ein Fall von Elephantiasis vulvae. — Centralblatt f. Gynäkologie. Leipzig, VI, p. 689—691.

Richardière, H. Note sur un cas d'érythème symétrique des membres inférieurs accompagnés d'oedéme considérable du tissu cellulaire sous-cutané. — Annales de dermat. et de syph. Paris, 2 Sér., III, p. 650—652.

Richet. Tumeur érectile de la paupière chez un petit enfant. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LV, p. 1193.

Robinson, A. R. Sclerema neonatorum; case. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 337.

Robustelli, G. La pellagra; nuove pubblicazioni e discussioni sull' argomento. Roma, 8°. (Aus: Gazz. uff. del Regno.)

Rogoziński, J. Przypadek szkarlatyny z pseudo-recydywą. — Medycyna. Warszawa, X, p. 695—699.

Saake. Versuche über die Schutzimpfung gegen Milzbrand nach der Pasteur'schen Methode. — Wochenschr. f. Thierheilk. u. Viehzucht. Augsburg, XXVI, p. 349—354.

Scheube, B. Die japanische Kak-ke (Beri-beri). — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1882—83, XXXII, p. 83—119.

Schuermans, F. père. Mesures proposées contre la variole au XVIII$^{e}$ siècle. — L'art méd. Bruxelles, 1882—83, XVIII, p. 113—120.

Schwarz, A. Zur Lehre von den Haut- und Sehnenreflexen. — Arch. f. Psychiatr. Berlin, XIII, p. 621—657.

Seaton, E. Abstract of paper on the influence of small-pox hospitals etc. — Med. Times and Gaz. London, II, p. 741—744.

Semmer, E. Der Milzbrand und das Milzbrandcontagium. Jena, 8°, p. 83 u. 1 Taf. (Vorträge für Thierärzte. V. Serie, Heft 2—3.)

Serafino, R. Il censimento vaccinico della città di Napoli pel 1881. Napoli, 1882, 8°.

Seymour, W. W. Kerosene as a remedy for favus. — Boston med. and surg. Journ. CVII, p. 453.

Siljeström, P. A. A momentous education question for the consideration of parents and others who desire the well-being of the rising generation. Translated from the Swedish by J. J. Garth Wilkinson. London, 8°, p. 29. (Vaccination.)

Smith, A. Report of the treatment of a very extensive outbreak of ringworm of the head, in a school, eighty-five out of ninety-two children being affected. — British med. Journ. London, II, p. 1195—1197.

Smith, J. L. Scarlet fever and diphtheria. — Med. Record. New York, XXII, p. 579—581.

Sorel. Fièvre scarlatine; hyperthermie tardive entrainant le coma avec secousses convulsives, danger de mort immédiat; emploi des bains froids, conjuration instantanée des symptômes graves; retour à la connaissance; régularisation de la fièvre. — Bulletins et Mém. de la société méd. des hôpitaux de Paris. (1880); 1881, 2. Sér., XVII, p. 248—251.

Southey. Case of symmetrical gangrene of the skin of the abdomen in a child. — British med. Journ. London, II, p. 1094.

Southey. Symmetrical gangrene of the extremities. — Ibidem, p. 1155.

Southey. Body of a child two and half years old, who had died with symmetrical gangrene. — Lancet. London, II, p. 1035.

Spitzka, E. C. Post scarlatinal insanity. — American Journ. of neurolog. and psychiatr. New York, I, p. 582—588.

Squire, B. Case of erythema iris. — Transactions of the clinic. society of London, XV, p. 149—151.

Squire, W. Incubation period of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 996.

Stocquart, A. Remarques et observations sur la vaccine. — Journ. de méd., chir. et pharmac. Bruxelles, LXXV, pp. 330, 439.

Stopin, A. Le zona du membre supérieur. Thèse. Paris, 4°, p. 46.

Straub, F. Die Trichterdrainage; eine Methode zur operativen Entleerung von Hautoedemen. — Centralblatt f. klin. Med. Leipzig, III, p. 386.

Suchard. Examen histologique des lésions de l'ongle dans la pustule de variole sous-ongueale. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris. 4. Sér. VII, p. 194.

Suchard. Cancer de la peau du dos avec généralisation aux ganglions du creux de l'aisselle. — Ibidem, p. 194.

Suchard. Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du mal perforat. — Progrès méd. Paris, X, p. 993, auch: Bulletin de la soc. anatom. de Paris. 4. Sér. VII, p. 145.

Suchard. Lésions de l'onyxis. — Ibidem, p. 197—199.

Suchard. Examen histologique d'un des doigts d'un enfant atteint d'aïnhum. — Ibidem, 1881, LVI, p. 691—693.

Suchard. Myxome de la grande lèvre. — Revue méd.-chir. d. mal. d. femmes. Paris, IV, p. 623.

Sweeting, R. D. R. Incubation period of scarlet fever. — British med. Journ. London, II, p. 942.

Taylor, P. A. A few words on vaccination. London, 8°, p. 8. (Aus: Monthly Review.)

Tayon, V. Conférence sur la fièvre charbonneuse, faite à l'école d'agriculture de Montpellier, le 9 juin 1882, à l'occasion des expériences de la société d'agriculture de l'Herault sur les vaccinations charbonneuses. Montpellier, 8°. (Aus: Messager agricole 1882.)

Tebaldi, A. e L. Ellero. Studj clinici sulla pellagra. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXV, p. 363—369.

Tebb, W. Sanitation, not vaccination, the true protection against small-pox. With appendix. E. W. Allen. 8°, p. 28.

Teuffel, R. Ueber die Veränderungen der Sensibilität der Bauchhaut während der Schwangerschaft. — Zeitschr. f. Biologie. München, XVIII, p. 247—252.

Thayer, O. V. Lupus exedens; with the history of a case successfully treated by the use of the solar ray cautery. — Pacific med. and surg. Journ. San Francisco, 1882—83, XXV, p. 348—353.

Thierry, E. La vaccination charbonneuse conférence publique faite à la société centrale d'agriculture du département de l'Yonne. Auxerre, 1881, 8°.

Thin, G. Case of parasitic affection of the moustache. — Lancet. London, II, p. 742.

Thin, G. Alopecia areata; a clinical study. — British med. Journ. London, II, p. 783—785.

Thin, G. A further contribution to the treatment of alopecia areata. — Ibidem, 828—830.

Thuillier. La vaccination charbonneuse en Hongrie; méthode expérimentale et empirisme. — Tribune méd. Paris, XIV, p. 483 — 485.

Tiffany, F. B. Skin grafting as a therapeutical agent in malignant growths. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIIII, p. 571—574.

Unna, P. G. Ueber die Mundaffection bei Lichen ruber. — Monatshefte für prakt. Dermat. Hamburg, I, p. 257—261.

Unna, P. G. Die Nervenendigung in der menschlichen Haut. — Ibidem, p. 225—232 u. 1 Taf.

Unna, P. G. Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. — Ibidem, p. 289—294.

Ushakov, N. N. Skarlatina i tri sluchaja ospi v Tiflisskoi voennoi gymnazii, s 1881 g. (Skarlatina und Blattern im Militär-Gymnasium zu Tiflis). — Protokol zasaidaniya Kavkazsk. med. Obsh. Tiflis, XIX, p. 165—181.

Valle, A. Della pellagra e della sua cura. — Arch. clinic. ital. Roma, XII, p. 271—274.

Verneuil, A. et P. Merklen. Des manifestations cutanées du paludisme. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. III, p. 625—636.

Verrier, E. Érysipèle, état bilieux grave. — Médecin prat. Paris, III, p. 517—519.

Viry, C. Remarques sur quelques points relatifs à l'histoire de la fièvre scarlatine. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér., XIX, p. 734—737.

Vogt, A. Eine Reise mit der Impflanzette in ferne Länder. — Journ. für Gesundheitspflege. Wien, VI, pp. 4, 30, 43, 53, 66.

Volpi, P. Sui provvedimenti alla pellagra. Milano, 8°.

Voppel. Variola; Variolois. — Irrenfreund. Heilbronn, XXIV, p. 113—124.

Warlomont. Les origines de la vaccine. — Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique. Bruxelles, 3 Sér., XVI, p. 1070—1099.

Weber, M. Sur les glandes cutanées des isopodes. — Journ. de l'anatom. et physiol. etc. Paris, XVIII, p. 525—530.

Weisse. An unusual form of ichthyosis. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 339.

Wertheimer. Récidive de rougeole à un mois d'intervalle. — Bulletin méd. du nord. Lille, XXI, p. 359.

White, J. C. The old age of the skin. — Boston med. and surg. Journ. CVII, p. 484—487.

Wile, H. Some notes on the histology of lupus vulgaris. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 319—324.

Woltering. Eczema mercuriale. — Allgemeine med. Central-Zeitg. Berlin, LI, p. 1113.

Zabludovski, J. Protsess orogovenya v zarodishevoi jizni (Entwickelungsprocess der Haut). — Voyenno med. Journ. St. Petersburg, CXLV, pt. 2, p. 1—18 und 1 Taf.

Zeising. Die Blatternepidemie im Schlitzerland. — Berliner klin. Wochenschr. XIX, p. 668.

Zinn. Ueber Meliturie nach Scharlach. — Jahrb. f. Kinderheilkunde. Leipzig, N. F. XIX, p. 216—218.

Report of the board of managers of the America Hospital for Skin Diseases to the contributors. Exhibiting the operations of the hospital from its foundation to the end of the second year, Sept. 1, 1882. Philadelphia, 8°, p. 16.

The therapeutical value of chrysophanic and pyrogallic acids. — Arch. of dermat. New York, VIII, p. 341—346.

Illinois State Board of Health. Nr. 112. Vaccination of school children. To county superintendents, school boards and teachers. Sept. 20, 1882. Springfield, 8°, p. 4.

Annual vaccination report of the Province of Assam for the year 1881—82. By J. J. Clarcke, Dep. Surg. Gen'l and San. Commissioner. Shillong, fol. p. 21.

Annual report of the sanitary commissioner for Bengal, for the year 1881 (14). Including the annual report on vaccination in Bengal for the year 1881—82. By Robert Littledale. Calcutta, fol., p. 166.

Restriction and prevention of scarlet fever (Revised edition 1881). — Report Board Health Mich. 1881. Lansing, 1882, IX, p. 211 — 218.

Sanitary rules for preventing scarlet fever. — Report State Bd. Health New York 1881. Albany, 1882, II, p. 114.

Réorganisation du service vaccinal du département du Rhône. — Lyon méd. XLI, pp. 534, 569.

Sui provvedimenti alla pellagra. Milano. 8°.

Prevention of small-pox. — Report State Bd. Health New York 1881. Albany, 1882, II, p. 123—126.

Report of the proceedings at the Chicago Conference on small-pox, June 29—30, 1881. — Rep. State Board Health Illinois 1881. Springfield 1882. IV, p. 119—130.

Leprosy; a case in Salem, Massachusetts. — Boston med. and surg. Journ. 1883, CVIII, p. 18.

I pellagrosi accolti nel manicomio 1879; brevi annotazioni da servire allo studio della pellagra, estratte dalle polizze anamnestiche, dai diari clinici, e dai registri delle necroscopie. — Bollet. d. munic. prov. di Ferrara, IX, Nr. 4—11.

Report of the Committee upon a case of doubtful chromidrosis, shown to the Clinical Society by Dr. Colcott Fox. — Transactions of the clinic. soc. of London, XV, p. 255—261.

---

## Venerische Krankheiten.

Abadie, C. L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XIX, p. 785—787.

Althaus. J. Case of cerebro-spinal syphilis. — Transactions of the clinic. soc. of London. XV, p. 203—208.

Amicis, Tommaso de. Del modo comportarsi nell' esplorazione delle parti genitali muliebri dal punto di vista sifilografico; lezione di semiotica fatta negli esercizii clinici presso il sifilicomia di Napoli nell' anno scolastico 1881—82. Napoli, 4°, p. 23.

Anderson, McC. Abstract of a clinical lecture on two cases of hemiplegia; the one the result of granular degeneration of the kidneys, the other of syphilis. — Glasgow med. Journ. XVIII, p. 334—340.

Arnold, J. D. Associated syphilis and tuberculosis of the larynx. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1882—83, IX, p. 361—363.

Ayres, S. C. Syphilitic iritis and its complications. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. IX, p. 579.

Bader, C. The treatment of gonorrhoeal ophthalmia. — Lancet. London, II, p. 618.

Barth, H. Sur un cas de gomme du foie (probablement due à une syphilis tardive). — France méd. Paris, II, pp. 605, 614.

Batten, J. M. Spurious gonorrhoea in the male. — Pittsburgh med. Journ. 1883, III, p. 8.

Belke, T. Przymiot z przebiegiem złośliwym (Syphilis maligna). — Medycyna. Warszawa, X, p. 679—683.

Birch-Hirschfeld, F. V. Ueber Mikroorganismen in syphilitischen Neubildungen. — Centralblatt f. d. med. Wissensch. Berlin, XX, p. 785—787.

Blackwood, W. R. D. The treatment of gleet by electricity. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 77—80.

Boeck, Caesar. Om behandlingen af de suppurerende buboner. — Tijdskrift for pract. Med. 1881, I. Nr. 9, 10.

Bramwell, B. Die Krankheiten des Rückenmarkes, übersetzt und mit Anmerkungen versehen von N. Weiss. Wien, 1883, 8°.

Brissaud, E. Testicule scléro-gommeux. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 1881, LVI, p. 375—396.

Bulkley, L. D. The malignity of syphilis, with an analysis of four hundred and fifty cases of the disease. — Transactions of the med. soc. of New York. Syracuse, p. 248—273.

Bull, C. S. Syphilitic diseases of the lachrymal aparatus. — Ibidem, p. 152—163.

Busch, A. Ueber Azoospermie bei gesunden und kranken Menschen, nebst einigen Bemerkungen zur pathologischen Histologie des menschlichen Hodens. — Zeitschr. f. Biologie. München, XVIII, p. 496—521 u. 1 Taf.

Carreras-Aragó. Atrofia incipiente en el nervio óptico, principalmente izquierdo con parésis de las extremidades derechas antecedentes sifiliticos hereditarios, curacion. — Revista de cienc. méd. Barcelona, VIII, p. 619—623.

Chauffard, A. Syphilis tertiaire; dégénérescence amyloïde généralisée; bronchopneumonie; pleurésie purulente; mort. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris. 1881, LVI, p. 287—291.

Chyzer, Kornél. A Czigelkai Lajos-Forrás jodtartalmu-sós-savanyuviz ismertelése. Budapest, 8°, p. 32. (Jodquelle).

Clark, A. Chancre of lower lip, followed by secondary symptoms. — Lancet. London, II, p. 702.

Clemens, Lambert. Ueber Iritis gonorrhoica, sowie über den Zusammenhang von Iritis und Keratitis mit Erkrankungen der serösen Höhlen. Inaugural-Abhandlung. Berlin, 8°, p. 32.

Closa. Chancro sifilitico del borde libre del parpádo. — Oftalmol. práct. Madrid, 1882—83, I, p. 151—153.

Curling, T. B. Traité des maladies du rectum. Annoté et traduit sur la IV^e^ édition, revue et complétée sur les indications manuscrites de l'auteur, par le docteur H. Bergeron. Préface par M. le prof. Gosselin. Paris, 8°.

Dauchez, H. Myélite syphilitique ascendante affectant exclusivement les cordons antérieurs de la moelle; guérison du membre supérieur; paraplégie persistante. — Journ. des scienc. méd. de Lille. IV, p. 725—728.

Davidson, J. H. Observations on cannabis indica and syphilis as causes of mental alienation in Turkey, Asia Minor, and Marocco. — Journ. of mental science. London, 1882—83, N. S. XXVIII, p. 493—496.

Dazet. Quelques réflexions sur la syphilis cérébrale avec observations. — Revue méd. de Toulouse. XVI, p. 161—173.

Defontaine, Leon. De la syphilis articulaire. Thèse. Paris, 4°, p. 120.

Denarié, A. Sur un cas des kératite syphilitique. — Lyon méd. XLI, p. 487—496.

Desmars. Myélite chronique syphilitique précoce. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., III, p. 548—550.

Desprès, Armand. La prostitution en France: études morales et démographiques avec une statistique générale de la prostitution en France. Paris, 1883, 8°, p. 213.

Diday, P. Contribution à l'histoire naturelle de la syphilis; complément d'une statistique de syphilis mercurialisées et de syphilis non mercurialisées à leur début. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér., III, pp. 521, 637.

Drouet, A. Guérison rapide de l'orchite par un bandigeon inguinal phénique. — Gaz. méd. de l'Algérie. Alger, XXVII, p. 169—173.

Drysdale. On the treatment of syphilis. — Lancet. London, II, p. 1037.

Drysdale, Ch. R. The contagium of gonorrhoea. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXIV, p. 391.

Du Cazal. Syphilis cerébro-spinale; paralyses multiples; guérison. — Bulletins et Mém. de la société méd. des hôpitaux de Paris (1880), 1881, 2. Sér., XVII, p. 325—329.

Eisenschitz, J. Die Ernährung hereditär-syphilitischer Kinder. — Wiener med. Blätter. V, pp. 1347, 1382, 1411.

Eklund, A. F. Note sur les microbes de la blennorrhagie. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér. III, p. 540—545.

Engel, H. Syphilitic hepatitis in children. — American Journ. of obstetrics etc. New York, 1883, XVI, p. 97—101.

Estorc, A. Un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. — Assoc. franç. pour l'avance d. scienc. Compt. rend. (1880.) Paris, 1881, IX, p. 904—909.

Fournier, A. Un cas de syphilis cérébrale. — Bulletins et Mém. de la soc. méd. des hôpitaux de Paris (1880), 1881, 2. Sér. XVII, pt. 2, p. 40—54 u. 1 Taf.

Fox, G. H. Dactylitis syphilitica. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 115.

Frua, J. A propos des traitement des plaques muqueuses du pharynx. — Coll. and Clinic. Record. Philadelphia, 1883, IV, p. 161—164.

Galezowski. Chancre du paupières et du globe oculaire. — Recueil d'ophthalm. Paris, 3. Sér., IV, p. 604—618.

Gallard. De la vaginite blennorrhagique. — Praticien. Paris, V, p. 569—571.

Gayraud, E. De la phlébite adhésive comme accident de la période secondaire de la syphilis. — Gaz. hebdomad. des scienc. méd. de Montpellier, IV, p. 509—512.

Ge, A. Siphilis i selskoe naselenie (Syphilis unter der ländlichen Bevölkerung). — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXI, pp. 618, 635, 654.

Gilles de la Tourette. Gomme syphilitique de la I^re^ circonvolution frontale gauche empiétant légérement sur le lobule paracentral avec hémiplégie droite sans hémianesthésie; rotation et deviation conjugée de la tête et des yeux; aphasie. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 1881, LVI, p. 569—571.

Girou, J. Typhus ambulatorius; syphilis; perforations multiples de l'intestin; péritonite suraiguë; mort. — Ibidem, p. 188—190.

Glauert. Ein interessanter Fall eines syphilitischen Halsleidens. — Berliner klinische Wochenschr. XIX, p. 750—752.

Gouguenheim, A. Sur les plaques muqueuses du larynx. — Congrès internation. de la laryngol. 1880. Milan, 1882, I, p. 112 bis 116.

Gouguenheim et F. Bruneau. De la folliculite chancreuse ou chancre mou folliculaire. — Bulletins et Mém. de la soc. med. des hôpitaux de Paris (1880), 1881, 2. Sér. XVII, pt. 2, p. 22—39 und 1 Taf.

Gould, P. Hunterian chancre on cheek. — Lancet. London, II, 777.

Grünfeld, Jos. Syphilis. — Real-Encyclopaedie der gesammten Heilkunde. Herausgegeben von A. Eulenburg. Wien und Leipzig, 1883 XIII, p. 276—360.

Grünfeld, Jos. Tripper. — Ibidem, p. 663—685.

Grünfeld, Jos. Unitätslehre, Dualitätslehre. — Ibidem, XIV, p. 177—186.

Güntz, J. E. Ueber die Seltenheit des weichen Schankers. — Berliner klin. Wochenschr. XIX, p. 729—732.

Hardy. La syphilis et son traitement. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LV, pp. 905, 929, 937, 977.

Haslund, A. Syfilitiske sammenvoksninger af stemmebaanden og diaphragmadannelse, i struben. — Hospitals Tidende. Kjöbenhavn, 1881, 2 R. VIII, Nr. 12, 13.

Henderson, E. Salicylate of soda in acute orchitis complicating gonorrhoea. — Lancet. London, II, p. 1027.

Hennig. Ueber die Möglichkeit hereditäre Lues zu verhindern. — Monatshefte f. prakt. Dermat. Hamburg, I, p. 261.

Hilf, K. Az öröklött bujasenyo késöfällépésőrel (Syphilis hereditaria tarda). — Gyógyászat. Budapest, p. 681—688; deutsch in der Pester med.-chir. Presse. Budapest, XVIII, p. 892—894.

Hirschberg, J. Netzhautarterien-Erkrankung bei einem Luëtischen. — Centralblatt f. prakt. Augenheilk. Leipzig, VI, p. 327.

Hochhalt, K. A Heubner-féle agyüterbántalomról (Heubner's syphilitische Erkrankung der Basilararterie), — Gyógyászat. Budapest, pp. 753, 769.

Holm, N. Om tigligt opteddende ulcerative syfilider. — Nordiskt med. Arkiv. Stockholm, 1881, XIII, p. 1—31.

Holmberg, A. A fall af lungsyfilis. — Finska laekare Handlingar. 1881, XXII, p. 290.

James, P. Sore throat; its nature, varieties and treatment, including the connection between affections of the throat and other diseases. IV$^{th}$ edition. Philadelphia, 1883, 8°.

Jones, T. A contribution on cerebral syphilis, with a report of four cases. — Northwestern Lancet. St. Paul, 1882—83, II, p. 36—42.

Kempe, L. Der Dualismus des syphilitischen und Schanker-Contagiums. Inaugural-Abhandlung. Berlin, 1881, 8°.

Knapp, H. Ueber Croup der Bindehaut, mit Bemerkungen über die Behandlung der contagiösen Formen der Conjunctivitis. — Archiv f. Augenheilkunde. Wiesbaden, XII, p, 61—71.

Kopp, C. Syphilis der Trachea und der Bronchien; Pneumonia syphilitica; zwei Beobachtungen. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1882—83, XXXII, p. 303—314 und 1 Taf.

Kundrat und Mrazek. Untersuchung über die Syphilis des Darmes. — Wiener med. Wochenschr. 1883, XXXIII, p. 133.

Kusim, W. Mikroskopische Untersuchung der secundären Degeneration des Rückenmarkes. — Med. Jahrbücher. Wien, p. 591—617 u. 1 Taf.

Kyser, P. D. Jodoform in genorrhoeal ophthalmia. — Coll. and clinic. Record. Philadelphia, III, p. 268.

Labadie-Lagrave, F. De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. — France méd. Paris, II, p. 457—460.

Lancereaux, E. Syphilis cérébrale. Extrait de léçons faites en 1880, et publiées par L. Gautier. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris. 2 Sér. XIX, pp. 412, 476, 543, 624, 640, 699.

Leegaard, C. Gumma arachnoideae. — Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Christiania, XII, p. 844—849.

Leloir, H. Chancre induré de l'espace interdigital compris entre le 2$^{e}$ et le 5$^{e}$ orteil du pied droit. — Annales de dermat. et de syph. Paris. 2 Sér., III, p. 546—548.

Lermoyez. Étude sur le condylome anal. — Ibidem p. 708 bis 720.

Leyden. Ueber die Thrombose der Basilar-Arterie. — Zeitschr. f. klin. Med. Berlin, V, p. 165—185.

Leyden. Tabes dorsualis. Wien 1883, 8°.

Lowndes, F. W. Voluntary Lock hospitals and the contagious diseases acts, reply to Dr. Alexander Patterson. — Glasgow med. Journ. 1883, XIX, p. 33—47.

Lowndes, F. W. and A. Bernard. The first five years' work at the Liverpool Seamen's Dispensary for venereal diseases. — Lancet. London, II, p. 802.

Machek, E. Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki (Zwei Fälle von diffuser Syphilis der Retina). — Przeglad lekarski. Kraków. XXI, pp. 557, 572, 582.

Macnamara, C. and T. Barlow. Memorandum on inherited and acquired syphilis. — British med. Journ. London, II, p. 1228 bis 1230.

Martineau. Le chancre syphilitique inoculé pour la première fois au singe. — Thérap. contemp. Paris, II, p. 817.

Mathieu, A. Un cas d'ataxie unilatéral d'origine syphilitique; sensation subjective de mauvaise odeur. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér., III, p. 724—726.

Mathieu, E. De la fréquence des malidies vénériennes dans l'armée. — Recueil de Mémoires de méd. (etc.) militaires. Paris, 3 Sèr., XXXVIII, p. 433—460 u. 4 Tab.

Mesterton, C. B. Behandlingen af Syphilis med subcutant applicerade Kvecksilfverpreparat. — Upsala laekaref. Foerhandlinger. 1881, XV, p. 421.

Miller, A. G. Four and half years' experience in the Lock Wards of the Edinburgh Royal Infirmary. — Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 385—403 u. 1 Taf.

Mireur, H. La prostitution à Marseille, histoire, administration et police, hygiène. Marseille, 8°.

Monnier, L. Végétations de la muqueuse uréthrale, persistance du trou de Botal. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 4. Sér., VII, p. 116—118; auch in Progrès méd. Paris, X, p. 820.

Mora. A propos d'un cas de rhumatisme blennorrhagique. — Courrier méd. Paris, XXXII, p. 427.

Morison, R. B. Bacteria and their presence in syphilitic secretions. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83, IX, p. 385 bis 388.

Morrow, P. A. On excision of the chancre as a means of aborting syphilis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, 1882—83, I, p. 65—77.

Négel, Vassile G. De la syphilis rénale. Thèse, Paris, 4°, p. 190.

Negresco, Valérien Georges. Contribution à l'étude de la paralysie générale d'origine syphilitique (pseudoparalysie générale de Fournier). Thèse. Montpellier, 4°, p. 56.

Neumann, I. Spontane Fractur des Humerus in Folge von Osteomyelitis gummosa. — Wiener med. Blätter, V, p. 1566—1569.

Nolen, W. Ueber den sogenannten Rheumatismus gonorrhoïcus; kritisch-historische Studie. — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, 1882—83, XXXII, p. 120—148.

Parrot. La syphilis dentaire. — Assoc. franç. pour l'avance d. scienc. Compt. rend. (1880), Paris, 1881, IX, p. 926—929.

Patterson, A. Statistics of Glasgow Lock Hospital since its foundation in 1805; with remarks on the contagious diseases act, and on syphilis. — Glasgow med. Journ. XVIII, p. 401—418.

Perronnet, Claude. Étude critique sur la pathogénie et le traitement du chancre syphilitique. Thèse. Lyon, 4°, p. 42.

Petit, Edouard Albert. De la balano-posthite chancrelleuse. Thèse. Paris, 4°, p. 68.

Petithan. Cas intéressants du mercurialisme. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3. Sér. XXII, p. 378—381.

Pfungen, R. v. Meningitis chronica luëtica. Dissociirte Augenmuskellähmung. — Meningitis basilaris luëtica. Alternirende Paresen der Interni, vorübergehend Nystagmus. — Wiener med. Blätter. 1883. VI, p. 284—286.

Rampoldi, R. Le injezioni ipodermiche di calomelano, a proposito di un caso di irite sifilitica gommosa. — Annali univers. di med. e di chir. Milano, CCLXI, p. 318—323.

Raymond, H. I. A report of a case of cerebral syphilis. — Western Lancet. San Francisco, XI, p. 529—534.

Réclus. Fongus syphilitique du testicule. — Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 1881, LVI, p. 490—492.

Réclus. Gommes suppurées du testicule. — Ibidem, p. 494 bis 496.

Remondio, P. C. Total loss of penis from venereal ulceration. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New-York, 1882—83, I. p. 43.

Richet. Cancroïde de la langue; tubercule et ulcération syphilitique; diagnostic différentiel; intervention chirurgicale par divers procédés opératoires. — Revue méd. franç. et étrangère. Paris, I, p. 872—876.

Rinecker, F. v. Rückenmark und Syphilis. — Festschrift der Alma Julia Maximiliana. Würzburg 1882.

Robinson, B. Deaf-mute with contraction of upper and lower pharynx, probably following congenital syphilis. — Med. Record. New York, 1883, XXIII, p. 22.

Robinson, F. Syphilitic inoculation by tattooing. — British med. Journ. London, II, p. 632.

Routh. On the difficulty of diagnosing true syphilis in women, and the nature of its contagion, with the especial view of combating the contagious diseases acts. — Lancet. London, II, p. 1038.

Ruge, C. Ueber die Erosionen an der Vaginalportion; sowie ein kritischer Ueberblick über deren Literatur. — Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkol. Stuttgart, VIII, p. 405—459 u. 2 Taf.

Rumpf, T. Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis. — Neurol. Centralblatt. Leipzig, I, p. 482—484.

Scarenzio, A. Caso di reinfezione sifilitica. — Giornale ital. d. malattie veneree e d. pelle. Milano, XVIII, p. 292—294.

Sigmund, von. Ueber die Dauer der allgemeinen Behandlung der Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. XXXII, pp. 1385, 1417.

Sigmund, von. Arsenik und Syphilis. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XVIII, p. 889—892.

Sigmund von Ilanor, Carl. Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Dritte, vielfach vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, 1883, 8°, p. 200.

Syredey, A. Syphilis; gomme de la région frontale: nécrose du frontal, — Bulletin de la soc. anatom. de Paris, 1881, LVI, p. 663.

Smith, R. S. Two cases of locomotor ataxy, with anomalous symptoms; with special reference to the syphilitic origin of the disease and its treatment by iodide of potassium. — British med. Journ. London, II, 876—880.

Smith, T. C. Disguised syphilis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVII, p. 564–568.

Snell, S. A case of hard chancre of inner canthus. — British med. Journ. London, II, p. 1252.

Stamm, Theod. A. Die Verhütung der erblich-giftigen, verbreitetsten Ansteckungen. Allgemeinverständliche, warnende Belehrungen zur Milderung einer der traurigsten Menschheits-Calamitäten. In Anreihung an seine „Krankheiten-Vernichtungslehre“ für die Gefährdeten beider Geschlechter. Zürich, 1883, 8°, p. 95.

Stern, E. Ueber Syphilis-Prophylaxis. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XXXVII, pp. 140, 340.

Streatfield, J. F. Syphilis affecting, in rare cases, the appendages of the eye, with remarks. — British med. Journ. London, II, p. 633.

Streitz. Phagédénisme; sa cause; le mercurialisme; auto-inoculations multiples; caractères différents des chancres simples inoculés, d'aprés leur siége; immunité de la face à l'égard du chancre mou. — Arch. méd. belges. Bruxelles, 3. Sér., XXII, p. 386—391.

Sturgis, F. R. Syphilitic dactylitis of acquired origin. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 41.

Sturm, C. Die traurigen Folgen einer ungeeigneten Behandlung der geheimen Krankheiten bei Männern. Regensburg, 8°, p. 40.

Thompson, H. The diseases of the prostate; their pathology and treatment; comprising the Jacksonian prize essay for 1860. V^th^ edition London, 8°; auch Philadelphia, 1883, 8°.

Tosetti, L. Emiplegia da sifilide ereditaria in bambino di un mese. — Giornale de clin. e terap. Messina, I, p. 385—390.

Turner, E. L'étymologie du mot syphilis; les premiers livres publiés sur cette maladie jusqu'à l'apparition du poéme de Fracastor en 1530. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér. III, pp. 423, 489, 564, 665.

Ultzmann, R. Ueber Pyurie (Eiterharnen) und ihre Behandlung. — Wiener Klinik. 1883, Heft 1—2, p. 1—60.

Unterberger, S. F. K uchenijou venericheskich bolnich. (Behandlung der venerischen Krankheiten.) — Vrachebniya Vidomosti. St. Petersburg, VII, pp. 3575, 3590, 3623, 3650.

Varaillon. De l'oedéme chancreux syphilitique des grandes et petites lévres. Thèse. Paris, 4°, p. 53.

Vajda. Ueber einige seltene Befunde bei der chronischen Blennorrhöe der männlichen Harnröhre. — Wiener med. Wochenschrift. XXXII, pp. 1097, 1133.

Verneuil. Ulcus elevatum tertiaire. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LV, p. 1043.

Veronese, F. Ueber die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Erkrankungen des Nervensystems. — Wiener med. Blätter. 1883, VI, p. 452.

Villemont, Michel. Histoire des maladies vénériennes. (Causes et origines; historiques: Maladies chez tous les peuples; traitements préventifs et curatifs etc.) Avec gravures hors texte. Paris, Sér. I, Livr. 1.

Weber, L. Presentation of a specimen of occlusion of basilar artery. — Med. News. Philadelphia, 1883, XLII, p. 51.

Weintraub, C. Ueber die Heilkraft des Jodoforms bei der localen Behandlung syphilitischer Geschwüre. — Geneeskundige Tijdschrift v. Nederlandsch Indië. Batavia, 1881, N. S. X, p. 701—727.

Williams, C. Two cases of syphilitic eye diseases. — Northwestern Lancet. St. Paul, 1882—83, II, p. 27.

Williams, J. Egyptian treatment of syphilis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVII, p. 503.

Zawerthal, W. Études cliniques sur les affections syphilitiques du larynx. — Congrès internat. de laryngol. 1880. Milan, 1882, I, p. 238—245.

Die Stellung des Staates zur Prostitution und ihrem Gefolge. Von einem praktischen Juristen. Hannover 1883. 8°. p. 35.

Syphilitic insanity. — Asylum Journ. Berbice, p. 60.

Annual report on the working of the lock hospitals in the North-Western Provinces and Oudh, for the year 1881. Allahabad, 1882, fol. p. 38.

Annual report of the offg. secretary to the chief commissioner of Central Provinces, to the secretary to the government of India, Home Department, on the working of the lock hospitals of Kamptee, Pachmarhi, Jubbolpore and Saugor for the year 1881. Nagpur, 1882, fol. p. 27.

# Druckfehler im 1. Hefte.

Seite 122, Zeile 6 von unten, statt „ist dasselbe aber auch ein vortreffliches“ etc., „ist dasselbe nicht unwirksam bei leichten Fällen von Psoriasis und zwar ohne (auch nach langer Anwendung) Eczem hervorzubringen; in viel höherem Grade aber bei Eczem“ u. s. w.

Seite 156, Zeile 7 von unten, statt „Dermatose“, „Sarcomatose“.

„ 157, „ 8 „ oben, „ „intravesicular“, „intramusculär“.

„ 157, „ 12 „ unten, „ „6 Monaten“, „10 Monaten“.

Beizufügen ist am Schlusse des Referats als Nachtrag des Autors:

„Ende Februar 1882 waren alle Reste der Derbheiten, die schon bei der Demonstration am 25. Jänner 1882 kaum noch um die Narben herum fühlbar gewesen waren, auch die letzten Reste von Drüsenschwellung, so auch der frühere Strang an der Innenseite des linken Oberarms geschwunden.“

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

*Fig. I.*

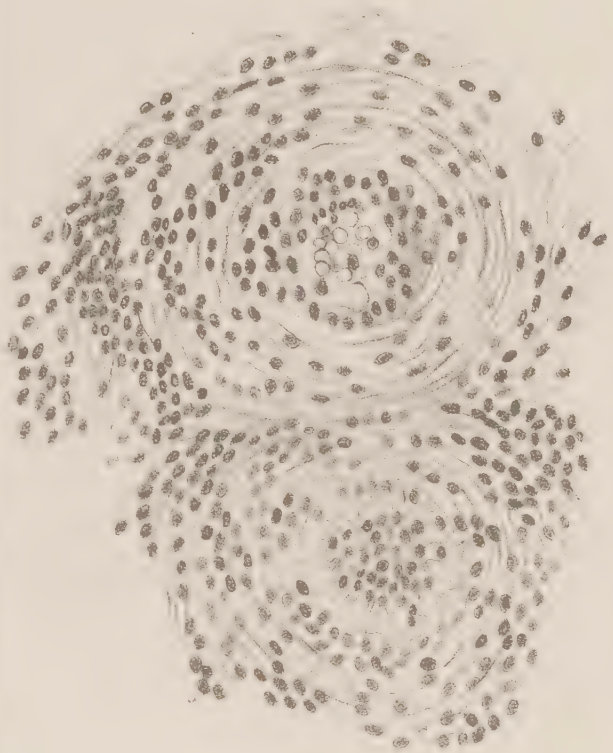


*Fig. II.*

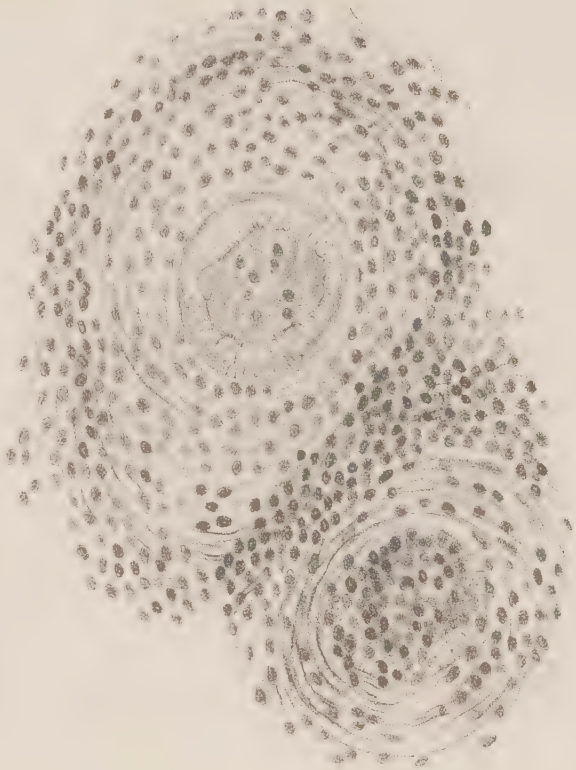


*Fig. III.*

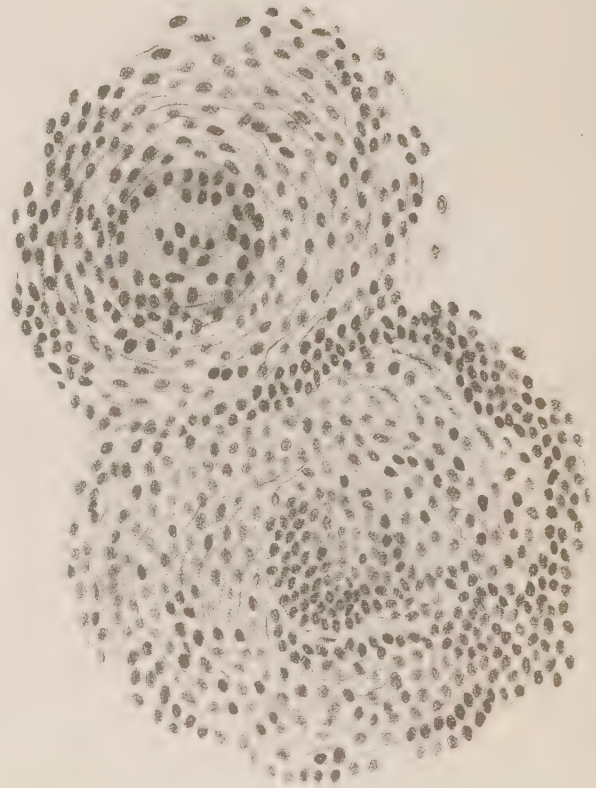
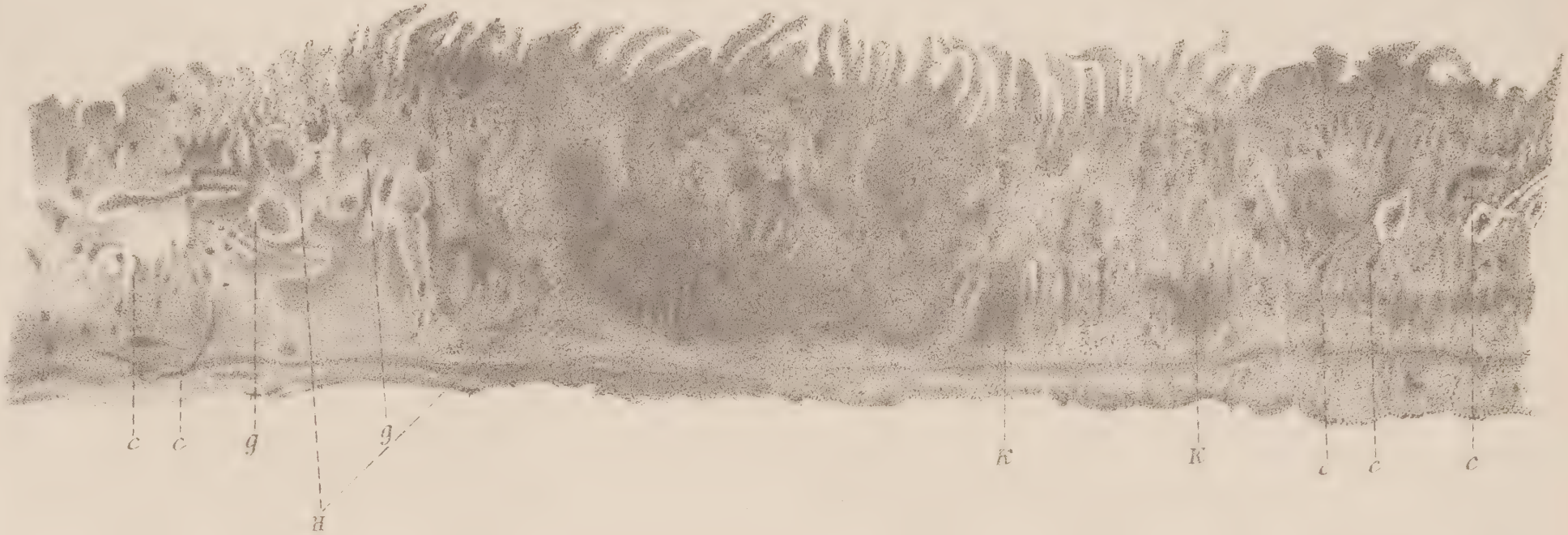


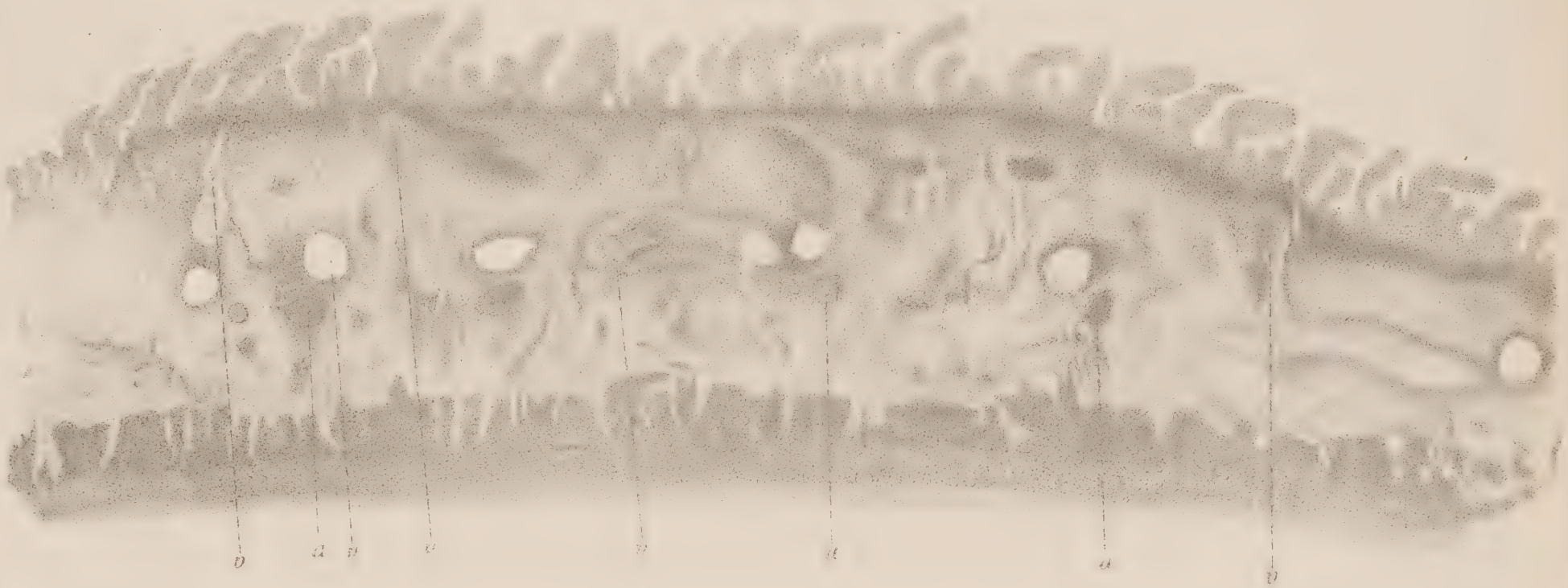
Fig. IV.






Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

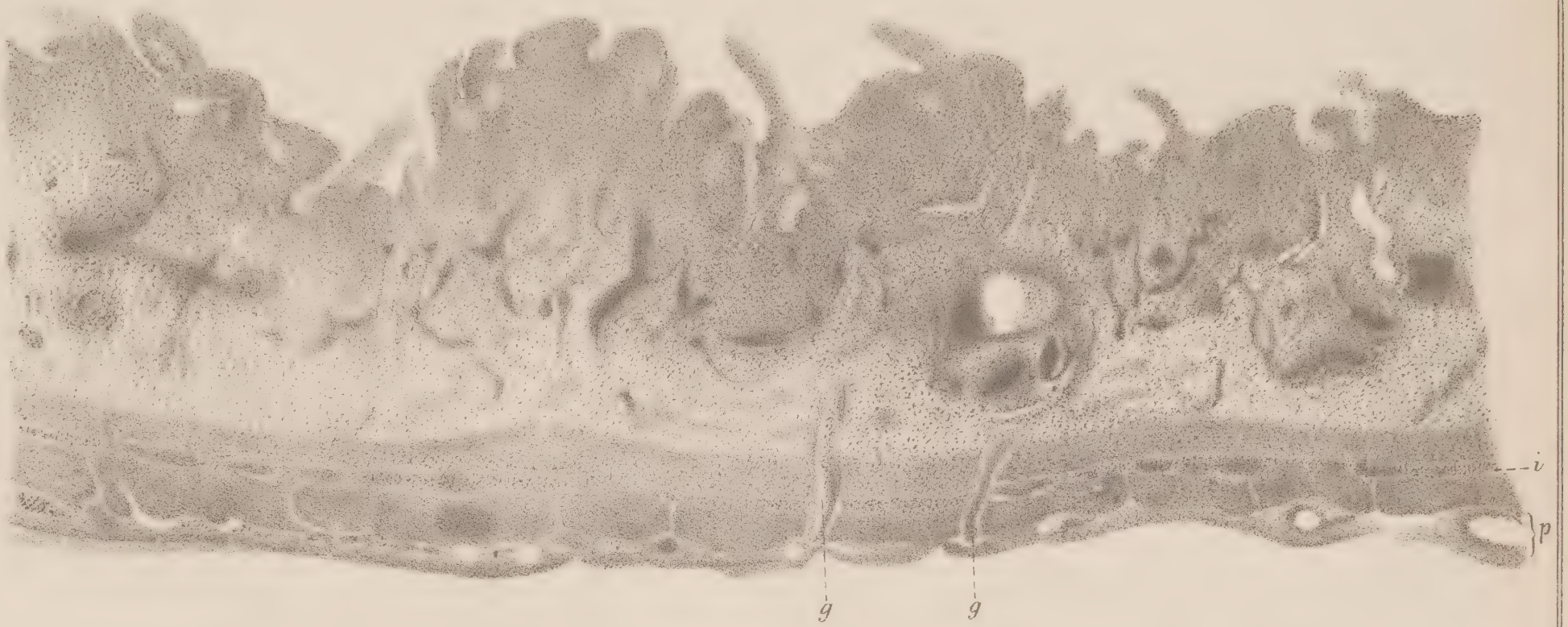
Fig. V.




Mracek: Enteritis bei Tuesherred.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien.

*Fig. VI.*






Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien

Unna. Keratoma palm. et plant. hered. Phot. A. Reif, Hamburg.

# Originalabhandlungen.

# Pathologisch-anatomische Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie.

Von **Dr. A. Pospelow**
in Moskau.

(Hiezu Tafel VIII.)

---

In der ziemlich dürftigen Literatur über die acute Leberatrophie — diese seltene Krankheit — werden, ausser einer ikterischen Färbung der Haut und einem im Anfang der Erkrankung, so lang das Bewusstsein der Kranken noch nicht verloren ist, empfundenen Jucken, von den Autoren der veröffentlichten Fälle keine anderweitigen Veränderungen der Haut erwähnt. Da ich Gelegenheit hatte, einen Fall von gelber Leberatrophie zu beobachten, dessen Diagnose bei Lebzeiten der Kranken constatirt, sowie durch eine Autopsie nach ihrem Tode bekräftigt wurde, wendete ich meine Aufmerksamkeit einem eigenthümlichen Zustande der Haut bei Lebzeiten der Kranken zu, bei der ausser einer intensiven gelben Färbung und Trockenheit der Haut eine zarte Desquamation und eine sogenannte Cutis anserina beobachtet wurde. Die Geschichte dieser Kranken ist folgende:

Den 22. Februar des Jahres 1883 trat in das von mir dirigirte Krankenhaus [1]), in die Abtheilung von Dr. Rasumoff, eine Bäuerin aus dem Tula'schen Gouvernement, 29 Jahre alt, verheirathet, mit dem vierten Kinde schwanger (VI menses), der Beschäftigung nach Köchin, mit Syphilis-Erscheinungen des condylomatösen Stadiums ein: Syphilis papulosa vegetans genitalium extern. et amygdalitis papulosa exulcerativa, papulae mucosae labiorum oris, adenitis colli et inguinum.

---

[1]) Das Mjasnitzki'sche Krankenhaus zu Moskau.

Wann die Veränderungen an den Genitalien erschienen waren, konnte die Kranke nicht genau bestimmen, über die Veränderungen im Rachen aber wusste sie gar nichts; Ausschlag am Körper hatte sie nicht beobachtet und gab eine ungefähr 6-monatliche Schwangerschaft an. Die Bewegungen des Kindes fühlte sie deutlich. Beim Eintritt der Kranken wurde ihr ein Seifenbad verordnet, Abends Einreibungen von Ungu. griseum dupl. zu dr. $\beta$ täglich, Bepinselung des Zahnfleisches mit Tinct. Gallarum, Mundspülwasser mit Kali oxymuriaticum, Streupulver aus Calomel cum Magnesia auf die Papeln der Genitalien und Solutio Argenti nitrici dr. j : unc. $\beta$ zur Bepinselung der Angina und der Plaques der Mundlippen.

Unter dem Einfluss dieser Behandlung war nach 15 Einreibungen die Amygdalitis syph. papulosa beinahe verschwunden, ungeachtet der drei Tage nach Eintritt der Kranken ins Krankenhaus zugetretenen Amygdalitis catarrh.; die Condylomata genit. extern. hatten sich bedeutend verkleinert. Um ein schnelleres Verschwinden der letzteren zu befördern, wurden tägliche Bepinselungen mit Solut. Hydrarg. sublim. corrosivi dr. $\beta$ in unc. $\beta$ Weingeist verordnet. Am 17. Tage nach Eintritt der Kranken trat bei ihr eine Vulvitis follicularis gravidarum an der grossen rechten Schamlippe auf, welche trotz der Anwendung von kalten Bleiumschlägen in eine Reihe kleiner Abscesse überging, die aufgeschnitten nach 7 Tagen gänzlich heilten. Am 22. Tage nach Eintritt der Kranken ins Krankenhaus, resp. nach 22 Einreibungen, zeigte sich bei ihr eine Gingivitis, der zu Folge die Einreibungen über einen Tag verordnet und ein Mundspülwasser ex Kali hypermanganico gegeben wurde. Am 25. Tage waren bei der Kranken die Erscheinungen der Angina syphil. und Condylom. lat. gänzlich verschwunden; jedoch in Erwägung der noch unlängst vorhandenen Syphiliserscheinungen wurden die Einreibungen über einen Tag weiter fortgesetzt, da die Gingivitis sich gebessert hatte, und die Behandlung fortzusetzen gestattete, das Allgemeinbefinden ausgezeichnet war, und man bei der Behandlung das Leben der Frucht zu erhalten beabsichtigte.

Am 31. Tage nach Eintritt der Kranken wurden in Folge ihrer Klagen über Obstipation, Schwäche und Kopfschwindel die Einreibungen ausgesetzt und Ol. Ricini innerlich verordnet. Am nächstfolgenden Tage (32. Tag) hatte die Kranke einen ziemlich

reichlichen Stuhlgang, die Faeces waren gut gefärbt, breiartig, der Harn war dunkler, als im normalen Zustande, enthielt Galle, kein Eiweiss, war in der Quantität verringert, (500 C. Cent.) am oberen Theile des Rumpfes und an den oberen Extremitäten war eine schwache ikterische Hautfärbung, eine sehr unbedeutende Empfindlichkeit in der Gegend der Leber, ein Sinken der Kräfte und Kopfschwindel eingetreten; die Kranke isst nicht, liegt im Bette und erhebt sich selten, um zu trinken. Es wurde Aqu. Sodae verordnet. Am 3. Tage waren keine Veränderungen eingetreten. Am 4. Tage war die Gelbsucht stärker ausgeprägt und allgemein, die Haut trocken, juckte nicht, Stuhlgang unwillkürlich, der Harn hatte die Farbe eines dunklen Bieres, war der Quantität nach noch mehr verringert, enthielt kein Eiweiss. Am 5. Tage waren die Kräfte noch stärker gesunken, der Schwindel erlaubte der Kranken nicht, sich vom Bette zu erheben; Uebelkeit. Am 6. Tage verstärkte sich die Gelbsucht, die Zunge weisslich, trocken, Uebelkeit und Erbrechen mit Schleim und Galle. Die Grenzen der Leber nicht vergrössert, bei Druck auf die Leber fühlte die Kranke einen dumpfen Schmerz, die Augen geschlossen, die Pupillen normal, schwach auf Licht reagirend, Schlaf fehlt beinahe gänzlich. Redet nicht irre. 7. Tag. Das Erbrechen ist öfter geworden. Obstipation. Ein Lavement. Abendtemperatur 36,5° C. 8. Tag der Krankheit. Uebelkeit und Erbrechen sind noch öfter geworden, nach dem Lavement kein Stuhlgang, Calomel gr. V. Nachts war ein anhaltendes Delirium, Puls 76 in der Minute, die Pupillen erweitert, das Bewusstsein herabgesetzt, nur bei starkem Druck auf die Leber fühlt die Kranke einen Schmerz, doch auf die Frage, wo es schmerze, zeigt sie auf ganz andere Gegenden. Einmaliger Stuhlgang, die Faeces breiartig, mit Klümpchen von ziemlich harten Massen, genügend mit Galle gefärbt. Am Morgen nach mehrmaligen Messungen mit einem revidirten Thermometer erwies sich eine Temperatur von 36,7° C., am Abend 36,9° C. Bouillon und Wein, die beide Erbrechen hervorrufen. 9. Tag der Krankheit. Die Morgentemperatur 36,7° C. Die Kranke hatte keinen Urin entleert. Der Urin wird durch einen Katheter gelassen. Kein Stuhlgang; ein Lavement aus einfachem lauwarmem Wasser. Puls 72, der Athem normal. Die ikterische Hautfärbung ist stärker geworden, die Haut trocken, schwitzt

nicht in den Axillargegenden; an ihr ist überall, hauptsächlich aber an den Extensorflächen der Ober- und Unterextremitäten eine leichte Desquamation und eine Cutis anserina zu bemerken; letztere wird beim Erwärmen der Haut nicht aufgehoben, sondern bleibt constant. Die Kranke erbricht weniger als am vorigen Tage. In der Nacht war ein starkes Delirium und ein bedeutender Reizzustand; die Kranke sprang rasch vom Bette auf, als ob sie laufen wollte und schrie. Eine bedeutende Pupillenerweiterung und comatöser Zustand. Um $4^3/_4$ Uhr Nachmittags abortirte die Kranke; das Kind — ein Mädchen von ungefähr 8 Monaten — kam zur Welt mit asphyktischen Erscheinungen und starb bald darauf. Die Geburtswehen waren schwach und die Entbindung fand unter einem comatösen Zustande der Mutter statt, welche von Zeit zu Zeit bei den Geburtswehen stöhnte. Die Nachgeburt löste sich zur rechten Zeit ab, war normal entwickelt, stark mit Galle gefärbt, die Eihäute unbeschädigt. Nach der Entbindung und nach einiger Verkleinerung der Gebärmutter liessen sich die Grenzen der Leber genau bestimmen, wobei beide Lappen der letzteren sich verkleinert erwiesen; bei Druck auf die Leber schien die Kranke einen Schmerz zu empfinden; Uebelkeit und Erbrechen dauern fort. Obstipation. Lavement aus Wasser. 10. Tag der Krankheit. Die Untersuchung der Kranken durch Dr. Lanz ergab, dass die Leber bedeutend verkleinert ist, resp. ihr linker Lappen, die Milz, sowie die Circulations- und Respirations-Organe erwiesen sich normal. Der Puls 88. Verstopfung. Der Urin, von Dr. Lanz untersucht, enthielt ausser Gallenfarbstoff noch Spuren von Eiweiss, Hyalincylinder und eine bedeutende Anzahl von Leucin- und Tyrosin-Krystallen. Cutis anserina besteht weiter fort.

Diagnose. Alle diese Erscheinungen liessen keinen Zweifel übrig, dass es sich um eine acute Leberatrophie handle.

Unter Erscheinungen von Coma und Lungenödem verschied die Kranke um 2 Uhr Nachts am 23. März, d. h. am 11. Tage der Krankheit.

Am 24. März um 11 Uhr Morgens wurde die Autopsie von Herrn Prosector Professor Neuding ausgeführt; sie ergab Folgendes:

Eine mässige Hyperämie der Gefässe der Dura und Pia mater und der Hirnsubstanz selbst, in den Seitenkammern unge-

fähr ein Theelöffel durchsichtiger seröser Flüssigkeit. Hypostase und Oedem der Lungen. Auf der Oberfläche des Herzens capillare Sugillationen. Die Herzmusculatur in einem Zustande fettiger Degeneration; in den Hohlräumen des Herzens viel lockere Blut- und Fibringerinnsel. Die Leber ist stark im Umfang verkleinert, von der Oberfläche aus von dunkelrother Farbe mit gelblichen Inselchen besetzt. Im Durchschnitt ist die Substanz der Leber sehr welk, erweicht, von dunkelrother Farbe, mit gelblichen Flecken; die zusammengefallene Gallenblase enthält nur ein wenig schleimige Flüssigkeit von gelblich-grünlicher Farbe. Die Milz ist nicht vergrössert, anämisch. Die Nieren sind gross, welk, im Durchschnitt ist die Corticalsubstanz von gelber Farbe mit stark injicirten Blutgefässen. Die Harnblase ist contrahirt. Die Gebärmutter, von der Kopfgrösse eines erwachsenen Menschen, ist welk, anämisch; in ihrer Höhle befinden sich Blutgerinnsel. Im Magen viel bräunliche, gallig-schleimige Flüssigkeit und eine Cadavererweichung der Schleimhaut seines Fundus. Im Dünndarm schleimige, schwach mit Galle gefärbte Excremente, im Dickdarm viel harte klumpenförmige, gallig gefärbte Excremente.

Die Haut stellt überall, resp. an den Extensorflächen der Ober- und Unterextremitäten eine Cutis anserina dar und ist gelb gefärbt. Die Abmagerung ist ziemlich bedeutend.

Was die mikroskopische Untersuchung der inneren Organe betrifft, die von H. Dr. Lanz im Laboratorium von H. Prof. Ostroumoff ausgeführt wurde, so werde ich sie hier nur in Kürze anführen, da sie ausführlich in der medicinischen Rundschau dieses Jahres [1]) schon veröffentlicht worden ist. Diese Untersuchung ergab Folgendes: Was die Leber betrifft, so ist an den Schnitten das mikroskopische Bild verschieden, je nachdem die Schnitte aus gelben oder rothen Stellen verfertigt wurden, aber auch die Schnitte, die einem dieser Theile entsprechen, zeigten nicht immer ein und dasselbe Bild. An den aus den gelben Partien genommenen Schnitten sind noch ziemlich deutlich die Leberläppchen zu sehen, mit den in ihnen gelegenen Leberzellen; diese letzteren sind wenig verändert; ihr Protoplasma ist trüb, gallig gefärbt, besteht aus feinkörniger Masse und enthält in sich gelbbraune Partikel von

[1]) Medicinskoe Oboserenie. 1883. Mai.

Gallenpigment; ihre Form aber und die Grösse der Zellen sind normal, und ihre Kerne lassen sich gut färben. An anderen Schnitten jedoch von den gelben Partien erscheinen die Leberzellen schon mehr verändert, sie sind nicht neben einander gelegen, nur vereinzelt findet man Zellgruppen mit Kernen, die sich schlecht färben lassen; diese Zellen confluiren mit ihren Contouren und erscheinen auf diese Weise als je eine grosse Zelle, die in sich eine bedeutende Zahl von Kernen enthält; noch öfter sieht man an den Schnitten nur Reste von Zellen in Form von kugelförmigen und unregelmässigen körnigen Massen, in denen schon die Kerne sich nicht entdecken lassen. Die intralobularen Gefässe sind stellenweise bedeutend erweitert, doch sind Extravasate nicht zu bemerken. Um die Gefässe und die Gallenwege ist das interlobulare Bindegewebe von Zellelementen durchsetzt. Die Schnitte der rothen Stellen zeigen den gelben Stellen der Leber analoge Veränderungen, aber in schärferer Form, öfter jedoch zeigten die Veränderungen ein ganz eigenthümliches Bild. Von den Leberzellen sieht man hier nur Spuren in Form von körnigen Massen, die an einzelnen Stellen in den Maschen des Stromas gelegen sind. Die früher von den Leberzellen im Stroma eingenommenen Stellen sind gänzlich von Blut erfüllt und erinnern beim ersten Anblick an ein Angiom, stellenweise trifft man Extravasate mit unregelmässigen Grenzen. Das intralobulare Bindegewebe stellt dieselben Veränderungen dar, wie in den gelben Partien der Leber.

Im Herzen sind stellenweise ein beinahe vollständiges Verschwinden der Querstreifung der Muskelfasern und körnige Entartung, eine Erweiterung der Capillargefässe und sogar Extravasate zu bemerken.

In den Nieren ist das Epithel der geraden, sowie der geschlängelten Harnkanälchen in eine feinkörnige Masse verwandelt, wobei der Zellencontour verloren ist; die Zellen sind trüb, gequollen und füllen beinahe das ganze Lumen der Kanälchen aus, ihre Kerne färben sich schwach. Hin und wieder trifft man hyaline Cylinder. Die Blutgefässe sind bedeutend erweitert. Das Stroma weist keine Veränderungen auf.

Diese Organe wurden auch auf Mikrococcen untersucht, die, wie bekannt, bei der gelben Leberatrophie von Klebs und Eppinger in der Leber gefunden wurden; in den Fällen von Waldeyer

und Zander stellten die Bacterien aber wahrscheinlich eine Cadavererscheinung dar. In der Leber jedoch fand sie Dr. Lanz nicht, es gelang ihm nur sie in den Nieren zu sehen, wo die Mikrococcen sehr regelmässig im Lumen eines nicht grossen Gefässes gelegen waren, doch konnte der Autor diesen Befund in keine Beziehung mit den Erscheinungen bei Lebzeiten stellen, da die Mikrococcen in den anderen Organen nicht gefunden wurden.

Da meine Aufmerksamkeit die Cutis anserina beschäftigte, die bei unserer Kranken noch bei Lebzeiten beobachtet wurde, und die auch am Leichnam sich erhalten hatte, unterwarf ich die von verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten genommene Haut einer mikroskopischen Untersuchung. Die Ergebnisse der von mir mehrmals wiederholten histologischen Untersuchung der Haut erwiesen sich von der Structur einer gesunden Haut so verschieden, dass man nicht umhin konnte, sie für Veränderungen zu halten, die durch das Allgemeinleiden des Organismus bei der Atrophia hepatis flava hervorgerufen waren.

Zur Untersuchung liess man die einen von den aus dem Leichnam herausgeschnittenen Hautstückchen unmittelbar mittelst des Gefrierapparates von Schanze gefrieren, worauf Schnitte mit dem Mikrotom gemacht und gefärbt wurden, andere Stückchen wurden in Müller'sche Flüssigkeit gebracht und darauf nach Bedarf verbraucht, die dritten wurden in Weingeist und hierauf in Gummi gelegt und in absolutem Alkohol gehärtet, die vierten, in sehr kleine Stückchen zerschnitten, wurden auf 24 Stunden in $^1/_2\%$ Lösung von Osmiumsäure oder Chlorgold gebracht.

Bei der schichtweisen Untersuchung konnte man Folgendes bemerken:

Das Stratum corneum der Epidermis (s. Fig. 1 *A*) erschien unabhängig von der Behandlung mit Reagentien und der Härtungsmethode der Haut, lockerer, als in normalem Zustande, seine den Anschein übereinander geschichteter Fasern besitzenden Plättchen zeigten die Form von unregelmässigen ziemlich grossen Maschen, die umso breiter waren, je näher sie zum Rete Malpighii zu liegen kamen, was auf einen raschen Wuchs der Epidermis und einen ungenügenden Verhornungsgrad ihrer Elemente hinwies. Dieser Umstand kann, meiner Ansicht nach, die oben angeführte schwache Abschuppung der Epidermis in den letzten Tagen des

Lebens der Kranken erklären. Bei Behandlung mit Kalilauge quollen die Epidermiszellen rasch auf, wobei in den breiten Maschen der Epidermfasern sich deutliche Spuren von kernhaltigen Zellen befanden. Der Contour der oberen Epidermisfläche erschien wellenförmiger, als in normalem Zustande. Diese Wellenförmigkeit, die von der Behandlung des Präparats mit Reagentien nicht abhing, wurde augenscheinlich durch Zusammenschrumpfen der Papillarschicht und darauf des Rete Malpighii bedingt. Die durchsichtige Schicht (Stratum lucidum von Oehl) ist überall scharf ausgeprägt. Die körnige Schicht von Langenhans ist eng mit den übrigen Zellen des Rete Malpighii zusammengeflossen und wird nicht durch die Körnigkeit charakterisirt, welche diese Schicht zuweilen an Präparaten von normaler, sowie besonders in einigen Fällen von krankhaft veränderter Haut kennzeichnet.

Die Zellen des Rete Malpighii erscheinen gequollen, ödematös, sind im Volumen vergrössert, ihr Protoplasma ist körnig, eine beträchtliche Anzahl der Kerne in einem Zustande der Theilung.

Die Schicht der an das Corium grenzenden Zellen ist stark körnig, die Zellen sind mehr als die übrigen gequollen.

Die Papillarschicht stellt scharf ausgeprochene Veränderungen dar.

Die Papillen ragen stellenweise bedeutend nach oben hervor, über sich das Rete Malpighii und das Stratum corneum hervorschiebend, wodurch letzteres von der Hautoberfläche aus auch wellenförmiger wird; stellenweise aber sind sie abgerundet und dick. Die Bündel des Bindegewebes und der elastischen Fasern, die das Stroma der Papillen bilden, sind sehr derb und fett und innig mit einander durchwebt, hauptsächlich in der Nähe der Blutgefässe, wo diese Bündel, den verticalen sowie horizontalen Verzweigungen der Blutgefässe folgend, sichtbar wellenförmig sind. Die Blutgefässe des Coriums und des Unterhautgewebes zeigen scharfe und am meisten hervortretende Veränderungen. Die Capillargefässe der Papillarschlingen sind bedeutend erweitert, prall mit rothen und weissen Blutkörperchen erfüllt, ihr Endothelium ist körnig und ragt scharf in das Gefässlumen hinein; in der Nähe der Capillargefässwandungen im Coriumgewebe ist eine beträchtliche Anzahl von Granulationselementen zu bemerken, die man übrigens überall in der Dicke des Coriums, wenn auch in geringerer Anzahl, findet.

Trotz einer solchen Injection und der Erweiterung der Capillargefässe des Coriums beobachtete ich bei Lebzeiten der Kranken keine Röthung der Haut; dass die Röthe durch die gelbe Hautfärbung unkenntlich gemacht wurde, lässt sich nur mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen.

Die Gefässe von grösserem Kaliber (Arterien) sind bedeutend verändert; die Arterien des Unterhautgewebes stellen das vollständige Bild einer Arteriitis dar — alle ihre drei Membranen sind verändert, namentlich aber die Adventitia. Letztere ist bedeutend verdickt, wie es auf Zeichnung Fig. 2 zu sehen ist, die Kerne ihrer Muskelschicht zeigen einen hohen Grad von Vermehrung, die Muskelfasern sind ödematös und stellenweise körnig. Die Membrana elastica ist nicht überall von gleicher Festigkeit, ihre Contouren haben sich deutlich erhalten, doch haben ihre zickzackförmigen Biegungen die gewöhnliche mehr oder weniger regelmässige Krümmung verloren.

Die innere Endothelschicht zeigt zwei, stellenweise drei Reihen von Zellen; die nach innen gelegenen Endothelzellen besitzen statt einer mehr oder weniger flachen oder ovalen Form eine runde oder birnförmige Gestalt (s. Fig. 2 *D*). Durch Hämatoxylin nehmen sie eine scharfe Färbung an, resp. ihre beinahe die ganze Zelle ausfüllenden Kerne, die um sich nur einen zarten Saum von Protoplasma übriglassen. Die Mehrzahl der Kerne befindet sich in einem Zustande der Theilung. Ausser den runden bläschenförmigen Zellen (s. Fig. 2 *F*) sind zwischen ihnen, wie eingekeilt, Endothelzellen von birnförmiger Gestalt mit einem Kern ohne Theilung gelegen. Zwischen den Biegungen der Membrana elastica und den Schichten der Endothelzellen, auch zwischen diesen, sowie stellenweise auch zwischen der Membrana elastica und muscularis befindet sich in grosser Menge ein körniges gelbbraunes galliges Pigment. Die Pigmentkörner variiren in der Grösse und lassen sich durch Methylviolet (Ehrlich) und andere Farben nicht färben, was sie evident von den Mikrococcen unterschied. In Folge der Arteriitis war das Gefässlumen verkleinert, stellenweise hafteten den Gefässwandungen rothe und weisse Blutkörperchen an, stellenweise waren Fetttröpfchen zu bemerken.

Die Venen des Unterhautgewebes sind etwas erweitert, doch ihre Wandungen normal.

Die Muskeln der Haut. Die schräg (Kölliker) und horizontal verlaufenden (Neumann) Muskeln der Haut, sowie die Musculi arrectores pilorum erscheinen gequollen, ödematös, namentlich die letzteren, wodurch sich aller Wahrscheinlichkeit nach der Grund der Cutis anserina erklären lässt, sowie auch die wellenförmige Veränderung der Hautoberfläche an den Schnitten, die bedeutender war, als es im normalen Zustande zu sein pflegt. Besonders hervortretende Veränderungen zeigen die Musculi arrectores pilorum; diese Muskeln sind gequollen, verdickt, namentlich ihre Mitte; ihre Fasern sind stellenweise trüb und körnig, namentlich in der Nähe der Ansatzstelle der Muskelbündel an die Haarbälge, wo gleichzeitig mit der körnigen Masse Fetttröpfchen in der Muskelsubstanz selbst leicht zu bemerken sind. Ausser ihrer fettigen Entartung sind ihre Muskelkerne an Zahl vermehrt; diese lassen sich scharf färben und sind in grosser Zahl dem Muskelbauch und den sich an den Haarbalg ansetzenden Bündeln entsprechend gelegen.

An horizontalen Schnitten sind die schrägen Hautmuskeln stellenweise um das Dreifache dicker, als in normalem Zustande, ihr intermusculares Bindegewebe ist ödematös, verdickt und von Kernen durchsetzt (Myositis). Ein derartiger Zustand von Quellung und Verdickung ist auch an allen übrigen Muskeln zu bemerken, die aus der Tiefe und in der Richtung zu den Papillen ziehen.

Im Corium und Unterhautgewebe scheinen die in den intermuscularen Räumen verlaufenden Lymphwege, sowie auch diejenigen, welche die Blutgefässe begleiten, normal, ihr Endothel aber ist etwas körnig und gequollen, lässt sich jedoch gut färben.

Die Hautnerven mit ihren Endigungen bieten keine Veränderungen dar.

Die Haare erscheinen ebenfalls bedeutend verändert, namentlich die Haarbälge. Letztere sind verdickt, ihre Blutgefässe sind ebenfalls verdickt und von den sie ausfüllenden Blutkörperchen erweitert; in der Nähe der Gefässe ist eine grosse Anzahl von rundzelligen und spindelförmigen Elementen gelegen. Die äussere Wurzelscheide des Haares ist stellenweise bedeutend verdünnt, stellenweise fast gänzlich atrophisch; an den verdickten Stellen sind die epithelialen Elemente ödematös, körnig und lassen eine Proliferation erkennen. Die innere Wurzelscheide des Haares ist gleich-

förmig, höchst körnig und trüb. Das Oberhäutchen (Cuticula) des Haares, welches in normalem Zustande im Verhältniss zu den übrigen Bestandtheilen vergleichsweise dünn ist, erreicht in unserem Falle eine enorme Dicke. Seine Hyperplasie ist ebenfalls ungleichmässig, stellenweise dicker, stellenweise dünner; an Querschnitten lässt sich bemerken, dass das hyperplasirte Oberhäutchen das Haar nach der einen Seite hin verdrängt, indem es den übrigen Raum mit seinen wuchernden Elementen einnimmt.

Die Rinden- und Marksubstanz, die eigentlich das Haar bilden, erscheinen etwas blass (die Kranke war eine Blondine) doch völlig normal.

Die Schweissdrüsen. Der Drüsenkörper, resp. das Knäulchen der Drüse, ist an Volumen vergrössert, die Membrana propria verdickt, ihre Kerne an Zahl vermehrt, treten scharf in der Richtung zum Centralkanal hervor; das Epithel des Ausführungsganges, sowie namentlich auch der Windungen des Schlauchknäuels ist gequollen, körnig, seine Kerne färben sich schwach; durch Osmiumsäure lässt sich wie im Centralkanal, so auch in den Zellen selbst eine deutliche fettige Entartung entdecken. Die Blutgefässe der Schweissdrüsen sind überall erweitert und mit Blutkörperchen prall angefüllt. Die Talgdrüsen sind ganz normal.

Das Unterhautgewebe. Die Schicht des Unterhautfettgewebes ist ungeachtet der Abmagerung der Kranken in Folge des Allgemeinleidens des Organismus ziemlich gut entwickelt; Hautstückchen von verschiedenen Stellen mit sammt dem Unterhautfettgewebe genommen sinken, in destillirtes Wasser oder Müller'sche Flüssigkeit gebracht, sowie in sehr kleine Stückchen geschnitten und in Osmiumsäure ($^1/_2$%) oder Chlorgold (1%) gelegt, nicht auf den Boden des Gefässes. In Wasser oder Müller'sche Flüssigkeit gelegt gibt die Unterhautfettschicht sogleich Flitter flüssigen Fettes, welches auf der Oberfläche der Flüssigkeit schwimmt. Diese Flitter färben sich durch Osmiumsäure nicht schwarz, sondern braun, man konnte dabei diese Tropfen der Einwirkung dieses Reagens so lange man wollte unterwerfen. Das Fett dagegen, welches die Fettzellen in den Maschen des Bindegewebes enthielten, färbte sich ganz schwarz. Bei der Untersuchung der Fettzellen des Unterhautfettgewebes konnte man leicht bemerken, dass einige Fettzellen prall mit Fett ausgefüllt waren,

welches durch Osmiumsäure schwarz gefärbt wurde, wogegen andere Zellen entweder leer, oder schwach mit Fett ausgefüllt waren, welches sich durch Osmiumsäure unvollkommen färben liess und nur eine braune Färbung annahm. In den Zellen letzterer Art sah man stellenweise nadelförmige Krystalle, die durch Osmiumsäure nicht gefärbt wurden.

Bei der Untersuchung der Haut in unserem Falle finden wir folglich Veränderungen fast aller ihrer Theile, namentlich aber des Muskel- und Gefäss-Systems, sowie der Schweissdrüsen.

Was die Diagnose des betreffenden Falles der Hauterkrankung betrifft, die bei Lebzeiten sich nur durch eine schwache Abschuppung, ikterische Färbung und die sogenannte Cutis anserina charakterisirte, so erscheint höchst natürlich vor allem die Frage, wodurch eine derartige Veränderung der Haut bedingt wurde? Die von uns gefundenen Veränderungen sind zu tiefgreifend, um sie als zufällige Anomalien der normalen Haut zu betrachten, denn die Erscheinungen entzündlicher Natur mit den nachfolgenden Hautveränderungen deuten klar darauf hin, dass sie pathologische Erscheinungen sind; wenn wir letzteres zugeben, so fragt es sich, ob sie nicht zu allererst durch die Schwangerschaft hervorgerufen sind? Obgleich die Schwangerschaft zu den Erscheinungen physiologischer Natur zu rechnen ist, kann sie dennoch im Organismus offenbar pathologische Veränderungen hervorrufen; Hydrops der Unterextremitäten, Albuminurie, verstärkte Pigmentablagerung in der Haut und endlich sogenannte Narben der Schwangeren; letztere sind namentlich an der Bauchdecke ausgeprägt und können auf lange oder sogar auf immer zurückbleiben.

Die histologische Untersuchung dieser Hautbezirke (Langer) in Bezug auf die sogenannten Striae atrophicae, wo man am wahrscheinlichsten den unserigen analoge Veränderungen finden konnte, weist jedoch nichts Aehnliches auf. Bei der Gravidität wird die Haut einer ausserordentlichen Ausdehnung ihrer Muskeln, die ihre Richtung verändern, ausgesetzt, die Papillen werden auseinander geschoben und verwischt, die Epidermis wird gespannt, dünner und so durchsichtig, dass durch sie die stärker gefärbten tiefen Theile durchscheinen, und das ist alles; Veränderungen von Seiten der Blutgefässe (Arteriitis), der Schweissdrüsen und Haarzwiebeln

kommen nicht in Rede, und es handelt sich nur um eine gewöhnliche Atrophie der Haut. Die Hautstückchen, die von uns von denjenigen Stellen genommen wurden, wo keine Striae atrophicae gravidarum vorkommen, und zwar von den Extensorflächen der Ober- und Unterextremitäten, schliessen schon dem Orte nach die Identitätsmöglichkeit der von uns gefundenen histologischen Veränderungen mit den Striae atrophicae gravidarum aus. Die von Langer bei Schwangeren beschriebenen Hautveränderungen entsprechen den unserigen gar nicht, und diese letzteren hängen von der Gravidität nicht ab. Die dritte Frage in Betreff der gefundenen Veränderungen kann in Bezug auf Syphilis in Erwägung kommen, und zwar ob diese nicht die Ursache des Allgemeinleidens, sowie speciell der Hauterkrankung ist. Was die erste Hälfte der Frage betrifft, so ist es allbekannt, dass die acute Leberatrophie niemals durch Syphilis bedingt wird; eine grosse Anzahl Autopsien von in unserem Krankenhause an verschiedenen Complicationen gestorbenen Syphilitikern ergaben in keinem Falle etwas Aehnliches. Delavarenne[1]) erwähnt in den von ihm gesammelten Fällen von Lebererkrankungen bei Syphilitikern gleichfalls nichts über eine acute Leberatrophie. Eine Betheiligung der Syphilis ist übrigens schon deshalb schwer zuzulassen, weil die acute Leberatrophie bei unserer Kranken gerade dann erschienen war, als die Syphiliserscheinungen schon verschwanden. Was die directe Einwirkung der Syphilis auf die Haut betrifft, so haben zahlreiche Untersuchungen der Haut von Seiten vieler Autoren gezeigt, dass mit dem Verschwinden des papulösen Syphilids (wie in unserem Falle) die Haut in einen vollständig normalen Zustand kommt, das noch lange zurückbleibende Pigment ausgenommen, die von den Syphiliseffloreszenzen aber entfernten Stellen erscheinen, wie dieselben Untersuchungen zeigen, ganz normal; die Cutis anserina kommt gar nicht in Erwägung, da sie bei Syphilis als pathologische Erscheinung niemals beobachtet wird. Um die Differentialdiagnose des betreffenden Falles zu schliessen, bleibt uns nur der in der Krankengeschichte unserer Kranken erwähnten Gingivitis mercurialis noch zu erwähnen übrig. In Erwägung dessen, dass die Phosphorvergiftung Symptome und Ver-

[1]) Essai sur la syphilis du foie chez l'adulte. 1879.

änderungen der Leber hervorruft, die der acuten Leberatrophie sehr ähnlich sind, könnte man sich die Frage stellen, ob in unserem Falle die acute Leberatrophie durch eine Quecksilbervergiftung in Folge der Einreibungen bei unserer Kranken aufgetreten sei? Klinische Beobachtungen, Experimente an Thieren [1]) und Autopsien von durch Quecksilber vergifteten Leuten zeigen jedoch, dass bei der Quecksilbervergiftung keine acute Leberatrophie entsteht, es wäre daher in unserem Falle unwahrscheinlich anzunehmen, dass die schwache Ursache, resp. die geringfügige Einwirkung des Quecksilbers, die sich einzig und allein durch eine unbedeutende Gingivitis kundgegeben, eine stärkere Veränderung des Organismus wie die gelbe Leberatrophie mit ihren Folgen hervorgerufen hätte. Die Gravidität konnte in der That diese Bedingungen im Organismus verändern, doch wissen wir, dass an und für sich die Zahnfleischaffection, die nicht von Fieber (dieses fehlte auf dem Höhepunkte der Krankheit bei unserer Kranken), Speichelfluss, Affection der Mundschleimhaut und Herabsinken der Ernährung begleitet wird, noch nicht als Ausdruck einer „Vergiftung“ mit Quecksilber dienen kann. Ich hatte mehrmals Gelegenheit, Fälle schwerer Quecksilbervergiftung bei schwangeren Frauen in Folge einer vorhergegangenen Cur zu beobachten, sowie Fälle einer derartigen Vergiftung, die mit dem Tode endeten, doch zeigten die bei ihnen gefundenen pathologischen Veränderungen niemals jene charakteristischen Veränderungen der inneren Organe, die der acuten Leberatrophie eigen sind. Wir müssen folglich annehmen, dass die von uns gefundenen Veränderungen der Haut eng an die Erkrankung des ganzen Organismus der schwangeren Kranken, bei der sich diese schwere und fast immer tödtliche Krankheit, die acute Leberatrophie, entwickelt hatte, gebunden sind.

Moskau, 12./24. August 1883.

---

[1]) Rob. Overbeck. Mercur und Syphilis, 1881. Ueber die Erscheinungen der Hydrargyrose bei Thieren, pag. 107—128.

Ibid. J. v. Mering, Ueber die Wirkungen des Hg auf den thierischen Organismus. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. XIII. (Separ.-Abdr.)

# Erklärung der Abbildungen.

## (Tafel VIII.)

### Fig. 1.

Verticaler Durchschnitt der Haut. ($^3/_4$ Hartn. Vergr.)

*A* Epidermis; *B* Stratum lucidum; *C* Rete Malpighii; *D* Corium mit hyperämirten Blutgefässen und Lymphgefässspalten; *E* erweiterte Capillargefässe; *F* Bündel ödematöser glatter Muskelfasern der Haut; *G* Arrector pili am Haarbalg befestigt; *H* diffuse zellige Infiltration um den Haarbalg; *J* Hyperplasie des Haarbalgs, wovon ein Theil mit dem Haare bei der Bearbeitung herausgefallen ist; *K* Haar; *L* hyperplasirter Haarbalg; *M* Fetttropfen.

### Fig. 2.

Querschnitt eines Blutgefässes des Unterhautgewebes.

($^3/_8$ Hartnack Vergrösserung.)

*A* Adventitia; *B* Membrana elastica; *C* gequollene Endothelzellen; *D* körnige Farbsubstanz der Galle; *E* weisses Blutkörperchen; *F* Fetttropfen; *G* durch Blut erweitertes Blutgefäss mit Endothelwucherung; *H* ödematöse Granulationszellen um das Gefäss.

# Zur Statistik des Lupus laryngis.

Von

**Dr. Alex. Haslund,**

Chef der dermatologischen und syphilidologischen Abtheilung des Commune-Hospitals zu Kopenhagen.

In dieser Zeitschrift, Heft 4, 1882, haben Dr. O. Chiari und Dr. G. Riehl eine Abhandlung über Lupus laryngis geliefert, worin sie auf eine erschöpfende Weise die frühere spärliche und zerstreute Literatur über diesen Gegenstand behandeln, und dann die Resultate ihrer eigenen Untersuchungen über Lupus in der Kehle mittheilen; Untersuchungen, die in Professor Kaposi's Klinik in Wien vorgenommen sind, und eine Anzahl von 68 lupösen Patienten umfassen. Unter diesen fanden sie sechsmal den Larynx mehr oder weniger angegriffen, entweder in der Form einer frischen lupösen Infiltration der Schleimhaut oder als Narben nach früher verlaufenen Processen; in ein paar anderen Fällen war ihnen die Diagnose zweifelhaft, indem die vorhandenen Veränderungen nicht so charakteristisch waren, dass sie sich mit Gewissheit für eine lupöse Infiltration aussprechen durften.

Wie in der Abhandlung erwähnt, scheint das Commune-Hospital in Kopenhagen das einzige zu sein, wo alle Lupus-Patienten einer laryngoskopischen Untersuchung unterworfen werden. Diese Veranstaltung ist seit dem Jahre 1866 von meinem Vorgänger, Dr. Engelsted, eingeführt und die Ergebnisse für einen Zeitraum von 11 Jahren sind in Holm's Dissertation: „Das Verhältniss der Lupusaffection zur Scrophulose" mitgetheilt; die pathologischen Funde in der Kehle sind in Chiari und Riehl's Abhandlung kurz erwähnt, und es erhellt daraus, dass Lupus im Larynx mit Gewissheit nur in fünf Fällen constatirt ist.

Die gesammte Anzahl von Patienten, die in diesen Jahren im Spital behandelt wurden, war 106, was also $4,_7$ Percent mit Kehlleiden gibt[1]). Von den in der Wiener Klinik untersuchten 68 Patienten litten 6 an der Krankheit im Larynx, welches eine Percentzahl $8,_8$ gibt, demnach fast die doppelte Anzahl gegen unsere. Die Zahlen sind indessen so klein, dass sie keinen vollgiltigen Ausdruck für die Häufigkeit des Kehlleidens geben, der Zufall mag eine gar zu grosse Rolle spielen. Dieses zeigt sich auch, wenn man das Material vom „Commune-Hospital" für die folgenden Jahre in Betracht zieht. In den sechs Jahren, Anfang 1877 bis Ende 1882, sind im „Commune-Hospital" 109 Fälle von Lupus vulgaris behandelt worden, also ungefähr ebenso viele, wie in den vorangehenden 11 Jahren (106). Unter diesen 109 Fällen findet sich eine lupöse Affection der Kehle zehnmal deutlich ausgesprochen, welches $9,_1$ Percent gibt. Nehmen wir dagegen alle Patienten von 1866—1882, also 215, dann bekommen wir 15 Affectionen der Kehle, d. h. $6,_{97}$ Percent.

Die zehn Fälle will ich kurz mittheilen:

I. K. A., 32 Jahre alt, Bauernmädchen.

Sie hat von ihrem 18. Jahre an Lupus im Gesicht gelitten; er begann an der Nase, welche jetzt deform erscheint, mit narbigen Einziehungen um die Nasenlöcher, von denen das linke ganz, das rechte fast ganz von Narbengewebe geschlossen ist; es zeigt sich eine diffuse Verdunklung der Cornea dext.; das Zahnfleisch um die vorderen Zähne des Oberkiefers ist stark geröthet, geschwollen, granulirt, leicht blutend. Mitten auf der Zunge, der vorderen Grenze der Papillae circumvallatae entsprechend, findet sich eine Geschwulst von erhabenen Knoten, insgesammt von der Grösse einer kleinen Nuss; die Geschwulst ist roth, zeichnet sich gegen die Umgebung stark ab, ist nicht ihres Epithels beraubt. Das Laryngoskop zeigt einen bedeutenden Defect der Epiglottis, indem fast die Hälfte fehlt; der übriggebliebene Theil ist ein wenig verdickt, aber überall von weisslichem, glattem Narbengewebe bedeckt. Die Schleimhaut im Inneren des Larynx, besonders über den falschen Stimmbändern, ist mit dicht

[1]) Bei Chiari und Riehl ist die Percentzahl auf $5,_5$ angegeben, was daher kommt, dass die wirkliche Zahl der Patienten mit Lupus in den einzelnen Jahren bei ihnen nicht richtig angegeben ist.

aneinander sitzenden, rothen Knoten von der Grösse eines Hanfsamens infiltrirt; die wahren Stimmbänder sind gesund. Die Stimme gut; das Schlingen normal.

II. J. C., 18jähriges Bauernmädchen.

Stirps sana. Keine Scrophulose in der Kindheit. Die Krankheit begann vor vier Monaten mit einigen kleinen Knoten am Eingang zur Nase; diese ulcerirten bald; wann Lupus an den anderen Stellen angefangen hat, weiss sie nicht anzugeben. Nun findet sich auf dem Apex nasi eine Ulceration, im grössten Diameter 1 Ctm. gross, von bräunlichen Schorfen bedeckt und mit deutlich lupöser Infiltration des Umkreises. Septum mobile stark angeschwollen und infiltrirt, Lumen der Nasenlöcher bedeutend verkleinert. An der linken Wange eine Ulceration, mit einem Schorf bedeckt, leicht geröthet, schwache Knotenbildung im Umkreis. An der vorderen Fläche der Uvula eine Ulceration mit deutlicher bis auf die hinteren Gaumenbögen sich fortsetzender Knotenabsetzung.

Die laryngoskopische Untersuchung ergibt: Anschwellung, mässige Röthe und deutliche Knotenbildung des rechten Ligamentum glosso-epiglot. laterale.

III. M. O., 22 J. alt, unverheiratetes Frauenzimmer, Schwedin.

Will als Kind Zeichen der Scrophulose dargeboten haben. Die Krankheit begann vor vielen Jahren, in ihrem 12. bis 13 Jahre. Jetzt findet sich ein bedeutender Defect an der äusseren Nase, indem Apex, die rechte Ala und ein Theil vom Septum wegulcerirt ist, allein cicatrisirt. Die Oberlippe vom Narbengewebe stark retrahirt. Eine tiefe, trichterförmige Ulceration mit abgerundeten, wellenförmigen Rändern und mit unebenem, stark granulirtem Boden nimmt fast die ganze Schleimhaut über dem harten Gaumen ein. Knochen sind nirgends entblösst, auch ist keine Perforation des Gaumens da. Die Uvula ist retrahirt, durch Narbengewebe an den linken Rand des Gaumensegels fest verwachsen.

Die Laryngoskopie zeigt eine bedeutende Anschwellung und Röthe der Epiglottis mit dicht aneinander liegenden kleinen Knoten an der vorderen Fläche. Die Schleimhaut an den falschen Stimmbändern ist angeschwollen und leicht knotig. Von dem vorderen Theil des freien Randes am linken wahren Stimmband sieht man eine kleine polypenähnliche Geschwulst in der Stimmritze flottiren. Die Stimme etwas heiser; das Schlingen frei.

IV. A. R., 17jähriges Mädchen aus der Provinz.

Die Krankheit ist vor zwei Jahren aufgetreten. Sie selbst war nie an Scrofulose erkrankt; alle ihre Geschwister dagegen haben daran, und zwar in verschiedenen Formen, gelitten. Sie ist sehr klein, zart gebaut, anämisch und hat bei der Aufnahme in das Spital serpiginösen ulcerirenden Lupus beider Ohren und der Nase mit bedeutendem Substanzverlust an Apex und Alae, beider Wangen und Brüste, der rechten Oberextremität und des linken Knies; ausserdem Keratitis an beiden Augen. Die Stimme ein wenig heiser, mittelst des Laryngoskops zeigt sich ein bedeutender Defect an der Epiglottis, deren übriggebliebener Rest wie eine dicke wurstförmige Geschwulst gerade hinter der Zungenwurzel und in die dicken geschwollenen Ligam. pharyngo-epiglottica unmittelbar übergehend erscheint; die Schleimhaut über beiden Cart. arytenoid. und Plicae ary-epiglot. ist gleichfalls geschwollen, ist aber hier, wie auch über dem gebliebenen Theil der Epiglottis glatt, narbenartig. Im Inneren des Larynx sieht man nichts Abnormes, eine etwas träge Beweglichkeit der Stimmbänder ausgenommen.

Die Patientin kam zwei Jahre später wieder ins Spital. Neben der früheren narbenartigen Affection des ganzen Aditus laryngis zeigte sich jetzt eine starke knotige Anschwellung der ganzen Schleimhaut im Larynx, so dass die wahren Stimmbänder nicht zu beobachten waren. Sie starb kurz danach unter plötzlich entstehenden Suffocationsanfällen; die Section ergab lupöse Infiltration und bedeutendes Oedem auf der ganzen Schleimhaut.

V. M. M., 18jähriges Frauenzimmer.

Keine Anamnese. Jetzt findet sich zum Theil ulcerirender Lupus der Nase, der Oberlippe, der Wangen und der Mundhöhle (des Zahnfleisches und des harten Gaumens).

Im Kehlkopfspiegel erscheinen alle Theile des Larynx als gesund, nur die vordere Fläche der Epiglottis ausgenommen, welche angeschwollen, roth und mit kleinen glatten Knoten dicht besetzt ist.

VI. M. K., Bauernmädchen, 24 Jahre alt.

Das Leiden hat vor sechs Jahren angefangen. Nun sind Apex nasi und Septum mobile eingeschrumpft, von rothem, glattem Narbengewebe bedeckt. Auf den Wangen, der Nase zunächst, finden sich kleine Knoten an der Haut zerstreut; die Uvula ist geschwollen, mit

deutlichen kleinen rothen Knoten an der Schleimhaut, solche finden sich auch zur rechten Seite an der hinteren Rachenwand. Die Stimme ist sehr heiser, das Schlucken frei.

Laryngoskopie: Epiglottis fast gänzlich destruirt, an der rechten Seite findet sich ein zapfenförmiger Rest. Die Schleimhaut über den Arytenoidknorpeln und Plicae ary-epiglott. geschwollen und granulirt, so auch an den falschen Stimmbändern; die wahren Stimmbänder roth und verdickt, aber ziemlich glatt.

Ein Jahr später kam die Patientin wieder in das Spital und das laryngoskopische Bild zeigte sich völlig unverändert.

VII. C. O., 15jähriges Mädchen.

Lupus an der Nase, Oberlippe und dem Zahnfleisch des Oberkiefers, am linken Arm und an der linken Seite des Halses. In der Kindheit ist sie scrophulös gewesen; Lupus hat vor acht Jahren angefangen.

Mittelst des Laryngoskops sieht man den grösseren Theil der Epiglottis destruirt und an deren Stelle findet sich eine querlaufende, dicke, unebene, überall von einer blassen, narbenartigen Schleimhaut bedeckte Geschwulst. Im Inneren des Larynx zeigt sich nichts Abnormes.

VIII. W. G., 26jähriges unverheiratetes Frauenzimmer aus Kopenhagen.

Ist als Kind scrophulös gewesen. Die Krankheit hat vor drei Jahren an der Nasenspitze angefangen. Nun ist fast die ganze Nase angegriffen; Defect der Nasenspitze, ein rother Fleck an der rechten Wange, am rechten Ohr und rechten Augenlid.

Laryngoskopie: Epiglottis ist weisslich, narbenartig bei Substanzverlust der beiden Seitenränder, völlig symmetrisch, wie mittelst eines Messers abgeschnitten. Sie ist ziemlich unbeweglich, Plicae ary-epiglott. geschwollen, dick und roth. Neben dem Petiolus sieht man im Inneren des Larynx eine rothe, unebene granulirte Geschwulst hervorragen; dieselbe verliert sich gleichmässig nach beiden Seiten in die falschen Stimmbänder, und ist so gross, dass sie die vordere Hälfte der wahren Stimmbänder deckt.

Ich habe die Patientin in den allerletzten Tagen wiedergesehen, indem ein Recidiv von Lupus im Narbengewebe auf der Nase eingetreten ist. Ein lupöser Process der Conjunctiva am unteren rechten

Augenlid ist hinzugetreten, und zwar als eine rothe, platte, knotenartige Geschwulst, etwa so gross wie zwei Erbsen. Der laryngoskopische Befund ist wie früher, doch mag die Geschwulst am Petiolus etwas kleiner sein.

IX. E. C., 29jähriges Frauenzimmer aus Kopenhagen, unverheiratet.

In der Kindheit nicht scrophulös. Lupus hat in ihrem achten Jahre angefangen und hörte im zwanzigsten auf. Es zeigt sich Defect der Nasenspitze und der Nasenflügel, Narben an den Wangen. Kürzlich sind im alten Narbengewebe auf der Nase Knoten entstanden, weshalb sie wieder das Spital suchte.

Laryngoskopie: Der Rand der Epiglottis in ihrer ganzen Ausdehnung geschwollen, roth und mit deutlicher Absetzung von kleinen Knoten. Im Innern des Larynx nichts Abnormes.

X. C. S. A., 16jähriger Goldschmiedjunge aus Kopenhagen.

Meint früher gesund gewesen zu sein, hat aber ein kränkliches Aussehen, ist mager und zart gebaut, hat bedeutende Kyphosis der Wirbelsäule, und zwar die stärkste Prominenz an der siebenten Vertebra dorsalis. Er erwähnt, sein jetziges Leiden habe erst vor vier Monaten angefangen; jedenfalls fühlte er erst damals Schwierigkeit beim Schlucken, einige Zeit danach ward er heiser. Er consultirte mich den 31. August 1862, und ich fand dann folgenden Zustand in Rachen und Kehle: Uvula fehlt; von deren Platz erstreckt sich seitwärts und auf den weichen Gaumen hinauf eine unebene, unreine Ulceration, von knotigen Rändern umgeben und mit grösseren und kleineren Knoten am Boden. Die hintere Rachenwand mit einer Menge stark prominirender Knoten bis zur Grösse eines Hirsenkorns besetzt. Mittelst des Laryngoskops sieht man den ganzen Aditus laryngis in eine unebene, knorrige, mehr oder weniger von Eiter und Schleim bedeckte Masse umgestaltet. Die Epiglottis scheint gänzlich hinwegulcerirt, der Eingang des Larynx wird von einem ziemlich schmalen, unregelmässigen Spalt gebildet, welcher keine Untersuchung des Inneren der Kehle erlaubt. An der äusseren Haut ist nirgends Lupus vorhanden. Die Respiration war sehr erschwert, die Inspiration stark keuchend und zischend; die Stimme sehr heiser, das Schlucken ziemlich frei, doch etwas schmerzhaft; häufiges und anstrengendes Husten, bedeutende Schleimabsonderung aus dem Rachen.

Es wurde verordnet: Häufige Gurgelung mit Salzwasser
Leberthran
und jeden zweiten Tag wurde angewandt:
Aetzung mit Lapis in Substanz
Pinselung mit Jodtinctur
Glycerin āā ptt.

Einige der Ulcerationen in Pharynx schienen heilen zu wollen, aber weil das Athemholen ihm immer schwerer wurde, wurde er in das „Commune-Hospital" gelegt, wo kurz danach die Tracheotomie vorgenommen wurde. Darauf besserte sich der Zustand bedeutend, die Respiration wurde vollkommen frei, das Husten hörte auf, die Schleimabsonderung nahm ab, das Schlucken wurde schmerzlos, die Ulcerationen heilten nun ziemlich schnell und den 25. November findet sich im Journal notirt: Die Schleimhaut sowohl im Pharynx als über dem Eingang in die Kehle ist viel glatter, fast überall geheilt; einzelne Knoten sieht man noch an den Ueberresten der Epiglottis; es findet sich keine Geschwulst der Schleimhaut im Larynx; die Stimmbänder ein wenig injicirt, bewegen sich frei. Den 4. December wurde die Canule entfernt und die Respiration war dann gut und ungenirt, die Stimme ein wenig klanglos, aber deutlich. Den 11. December war die Tracheotomiewunde geheilt, nirgends fand sich ein Ulcerationsprocess im Pharynx, noch im Larynx; aber überall, wo ein solcher früher stattgehabt, zeigten sich weisse, unregelmässige Narben ohne Absetzung von Knoten. Von der Epiglottis fanden sich nur ein paar zapfenförmige Reste nach beiden Seiten.

Er wurde den 16. December 1882 aus dem Spital entlassen und ich habe ihn später mehrere Male gesehen. Er befindet sich wohl und es ist kein Anzeichen eines Recidivs.

Durch diesen in so vielen Stücken sehr interessanten Fall veranlasst, muss ich nur auf die plötzliche Veränderung zum Besseren und die schnelle Heilung des Processes, welche nach der Tracheotomie folgte, aufmerksam machen. Man muss geradezu der Operation eine curative Wirkung beimessen, indem die kranken Theile wegen der Ruhe, welche denselben gegönnt wird, indem die Dyspnöe verschwindet und die Schleimsecretion abnimmt, die zur Cicatrixbildung führenden Processe schneller zu durchlaufen scheinen. Eine Analogie findet man übrigens in dem Verhältniss vieler phthisischen Ulcerationsprocesse nach der Tracheotomie.

Wie aus den erwähnten Fällen hervorgeht, sind es fast ausschliesslich Weiber, bei denen die Kehle von Lupus angegriffen wird. Von den zehn Fällen betrifft nur einer einen jungen 16jährigen Mann. Zwar ist die Zahl der am Lupus leidenden weiblichen Patienten um viel grösser, als die der männlichen, indem das Verhältniss für die letzten sechs Jahre ist: 27 Percent Männer und 73 Percent Weiber, aber jenes Verhältniss: 1 Mann mit Lupus laryngis gegen 9 Weiber mit dieser Affection spricht doch in hohem Grade für eine besondere Disposition bei den Weibern. Dieses stimmt ganz mit den Untersuchungen von Chiari und Riehl überein, und auch unter Holm's fünf Fällen fand sich nur einer, wo der Patient männlichen Geschlechtes war.

Die Affection scheint in dieser übrigens sehr chronischen Krankheit ziemlich früh zu entstehen; doch bleibt es immer schwer, von dem wahren Zeitpunkt für deren Anfang einen Begriff zu bekommen, weil sie sehr selten subjective Symptome gibt; erst später, wenn sie sich im Larynx stark verbreitet hat, gibt sie Heiserkeit oder stenotische Phänomene. Schwierigkeit beim Schlucken zeigt sich fast nie, selbst nicht bei sehr bedeutenden Destructionen der Epiglottis, und im Ganzen ist bekanntlich der lupöse Process so indolent, dass man im Pharynx sehr verbreitete Knoten und Wunden sehen mag, ohne dass der Patient im geringsten über Schmerzen beim Schlucken klagt. Unter meinen zehn Patienten sind nur vier über 25 Jahre alt, und sogar bei zwei derselben deuten weisse Narben darauf, dass die Affection im Larynx schon längst angefangen hat. Von den übrigen sind zwei unter 20 Jahre alt, die übrigen zwei haben ein Alter von resp. 22 bis 24 Jahren. Alle meine Patienten haben Lupus an der äusseren Haut gehabt, den letzten Fall (X) ausgenommen, wo nur Rachen und Kehle angegriffen waren. Was die Beschreibung, den Verlauf und den Ausgang der Krankheit betrifft, bin ich mit Chiari und Riehl in der vorzüglichen Schilderung, die sie in ihrer obenerwähnten Abhandlung gegeben, ganz einig. Nur scheint es mir, sie hätten stärker, als geschehen ist, pointiren sollen, dass die Diagnose bei weitem nicht so schwer ist, wie sie in den meisten Laryngologien dargestellt wird. Es wird gewöhnlich behauptet, es sei schwierig einen Lupus laryngis, einen syphilitischen Process, eine cancröse Neubildung oder eine Lepra laryngis zu unterscheiden; letzteres

Kehlleiden habe ich bei Lebenden nie gesehen, aber nach den mir bekannten pathologischen Präparaten und nach den vorliegenden Beschreibungen über die Lepragegenden scheint mir jenes Leiden keine grosse Aehnlichkeit mit Lupus zu haben. Dass man es mit Syphilis in der Kehle verwechseln kann, verstehe ich gar nicht; die secundären Fälle hier gleichen demselben gewiss nicht und die tertiären (Chondritis, Perichondritis und tiefe Ulcerationen) mögen doch nur bei oberflächlicher Untersuchung einen Irrthum veranlassen. Entsteht durch Lupus eine Perichondritis oder Chondritis, ist dieselbe immer von der Schleimhaut aus verpflanzt, wo der lupöse Process seinen Ursprung hat, und wir werden nicht die glatte, ausgespannte, oft ödematöse Schleimhaut finden, wie sie in der luetischen Perichondritis auftritt, während dagegen der entzündete Knorpel von einer zum Theil ulcerirten, unebenen granulirten Fläche gedeckt ist, die dem Schleimhautlupus so charakteristisch ist, dass kein Irrthum möglich ist, wenn man denselben einmal gesehen. Und was die Ulcerationen angeht, die aus eiternden Gummiknoten im Larynx entstehen, dann sind diese mit ihrem tiefen unreinen Boden, ihren scharfen Rändern, ihren rothen, geschwollenen und injicirten, jedoch glatten Umgebungen, mit den unregelmässigen, meistens oberflächlichen, granulirenden, durch Lupus entstehenden, bei Berührung zum Bluten geneigten und in der nächsten Umgebung der Schleimhaut immer von einem lupösen Process umgebenen Substanzverlusten nicht zu verwechseln. In den von mir beobachteten Fällen von carcinomatöser Neubildung im Larynx bin ich bisweilen gleich anfangs im Zweifel gewesen, ob ich die Diagnose auf Syphilis oder auf Cancer stellen müsste, aber an Lupus habe ich freilich weder gleich, noch während des späteren Verlaufs gedacht; wo die Neubildung in einer mehr knotigen Form aufgetreten ist, sind die Knoten immer weit grösser, weit unregelmässiger und auch viel tiefer gelagert gewesen, als solches bei Lupus der Fall ist. Wenn Lefferts meint, dass Lupus laryngis der Tuberculose in der Kehle gleicht und mit dieser verwechselt werden kann, dann steht er mit dieser seiner Anschauung bis jetzt allein; er scheint indessen nur einen einzigen Fall gesehen zu haben, dessen Beschreibung zwar einem lupösen Process, aber keineswegs einem tuberculösen entspricht.

Weil von Ziemssen's Fall von primärem Lupus im Larynx

ohne sonstigen gleichzeitigen Lupus bisher als ein Unicum in der Literatur steht, will ich mir schliesslich erlauben, einen ähnlichen aus meiner Privatpraxis zu erwähnen:

M. R., eine 17jährige Dame aus der Provinz, consultirte mich am 13. April 1882. Sie will als Kind an der Scrophulose gelitten haben, allein sie weiss nicht anzugeben, worin das Leiden bestanden. Sie ist von gesunder Stirps und ihre vielen Geschwister sind alle gesund. Seit einem Jahre etwa fühlt sie ihr jetziges Leiden, indem das Sprechen und das Singen ihr oft schwer gefallen sind, sie hat sich häufig räuspern und husten müssen, die Stimme ist dann und wann heiser geworden. Schwierigkeit beim Schlucken oder beim Athemholen ist nicht vorgekommen. Sie hat ein gesundes, blühendes Aeusseres; nirgends, weder an der äusseren Haut, noch an der Schleimhaut in Mund, Nase und Rachen findet sich ein Zeichen des Lupus. Mittelst der Laryngoskopie sieht man den Rand, sowie die untere Fläche der Epiglottis geschwollen, roth, mit zahlreichen kleinen Knoten in der Schleimhaut. Eine ähnliche Affection zeigt sich auch am linken falschen Stimmband, welches so stark angeschwollen ist, dass man nur eben den Rand des entsprechenden wahren erblicken kann.

Es wurde verordnet: Leberthran und
Pinselung mit Tinct. jodi
Glycerini āā ptt.

Mit kurzen Unterbrechungen habe ich den Fortgang ihrer Krankheit bis zum heutigen Tage verfolgt und sie ist fortwährend unter meiner Behandlung. Die Laryngoskopie gibt jetzt folgendes Bild: Die ganze Epiglottis ist in einen dicken, unförmlichen rothen Wulst mit granulirter, leicht blutender Oberfläche umgestaltet. Die Schleimhaut im Inneren des Larynx hingegen ist überall glatt, an dem linken falschen Stimmband ein bischen röthlicher, als am rechten; die wahren Stimmbänder völlig frei und weiss, deren Beweglichkeit normal. Die Stimme gut; schwache Empfindung wie von einem fremden Körper im Rachen; keine Schwierigkeit beim Schlucken. Das Aussehen fortwährend frisch; keine Drüsenschwellung. In der späteren Zeit hat die Behandlung in Destruction des Lupusgewebes mittelst Lapis in Substanz bestanden.

# Essentielle Erythantheme (Auspitz) — Erythema multiforme und Purpura rheumatica — durch Schlundentzündungen hervorgerufen.

Von Dr. **Cäsar Boeck** in Christiania.

In zwei früheren Publicationen, in einem Vortrage in der medizinischen Gesellschaft zu Christiania im Januar 1877 [1]) und in einem speciellen Aufsatze [2]) habe ich die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang verschiedener rheumatischer Affectionen, namentlich des gewöhnlichen Gichtfiebers und des Erythema nodosum, mit vorausgegangenen Schlundentzündungen gelenkt.

Schon früher hatten französische Verfasser auf ein solches Zusammentreffen dieser Affectionen hingewiesen, ohne jedoch, so viel ich sehe, das Verhältniss als einen wahren pathologischen Connex aufzufassen. So erwähnt Bouillaud [3]) unter der Symptomatologie des Rheumatismus acutus, dass einige Patienten über „mal de gorge“ und Schluckbeschwerden klagen, welche Phänomene jedoch nach Bouillaud nur als „accidentell“ und auf der „Coincidenz“ einer Angina rheumatica beruhend aufzufassen sind. In der deutschen Literatur findet man bei Canstatt [4]), wie ich schon in meinem genannten Vortrage erwähnt habe, eine Aeusse-

---

[1]) Verhandlungen der med. Gesellschaft zu Christiania für das Jahr 1877, pag. 7.

[2]) Tidsskrift for prakt. Medicin Nr. 9. 10 u. 12 für das Jahr 1882. — Referat in Schmidt's Jahrb. Nr. 7, pag. 33 für 1882 und Monatshefte für prakt. Dermatologie pag. 379, 1882.

[3]) Traité clinique du rhumatisme articulaire pag. 248. Paris 1840.

[4]) Canstatt, Handbuch der medicinischen Klinik. IV. Bd. pag. 215. Erlangen 1845.

rung, die vielleicht andeutet, dass auch dieser Verfasser etwas Aehnliches gesehen hat; er sagt nämlich kurz und gut: „Der Schlundrheumatismus kann durch Neigung zu Umspringen auf andere Theile seine specifisch-genetische Natur verrathen".

In den letzten drei Jahren sind mittlerweile von so vielen verschiedenen und gewiss von einander ganz unabhängigen Beobachtern hieher gehörende Beobachtungen gemacht worden, dass das fragliche Verhältniss gewiss auf eine mehr allgemeine Aufmerksamkeit Anspruch machen kann. Abgesehen nämlich von meiner ersten Publication, die, so viel ich weiss, überhaupt die erste über dieses Thema ist, wo die Bedeutung dieses Verhältnisses als eines wirklich causalen hervorgehoben ist, sind in England Garrod und Kingston-Fowler[1]) auf der einen Seite und Dr. W. Stewart[2]) auf der anderen ungefähr gleichzeitig auf dasselbe aufmerksam gewesen. Und noch vor diesen Herren hatte Lasègue[3]) zwei ähnliche Beobachtungen veröffentlicht. Endlich finde ich in dem „Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie" von Prof. Eichhorst (Wien und Leipzig 1883) pag. 659 Folgendes: „Die Franzosen haben mehrfach auf die Beziehungen zwischen acutem Gelenkrheumatismus und Angina hingewiesen, wobei letztere bald der Gelenkerkrankung unmittelbar vorausging oder sich erst der Gelenkveränderung anschloss".

Was speciell das Verhältniss der Erytheme zu den Schlundentzündungen betrifft, habe ich nur bei Gintrac[4]) — die Werke Trousseau's stehen mir nicht zur Hand — unter den prodromalen Symptomen des Erythema nodosum ganz kurz angemerkt gefunden, dass „es Patienten gibt, die über Halsbeschwerden klagen". Nirgends aber habe ich gesehen, dass in dem Capitel der Aetiologie dieser Krankheiten Anginen als ursächliches Moment erwähnt wurden. Und doch sind die Fälle von Erythema, die in so unmittelbarer Anschliessung an eine Angina auftreten, dass der Beobachter unmöglich daran zweifeln kann, dass ein wah-

---

[1]) Lancet, 1. December 1880.

[2]) Lancet, 22. Januar 1881.

[3]) Archives générales de médecine. 1880.

[4]) E. Gintrac: Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale. Tome V. pag. 110. Paris 1859.

res Causalitätsverhältniss besteht, gewiss gar nicht selten, wenn man erst auf dieselbe aufmerksam geworden ist. So habe ich selbst schon in den genannten Artikeln über zwei solche Fälle von Erythema nodosum mit Gelenkaffectionen berichtet und ein dritter Fall ist kurz nachher von Dr. E. Boll[1]) veröffentlicht; in diesen Fällen ist das Erythem 8—14 Tage nach dem Beginn der Angina aufgetreten, und in dem einen meiner Fälle hatte der Pat. noch nicht das Bett verlassen, als er vom Erythem befallen wurde. Es ist mir dazu noch bekannt, dass auch andere Collegen hier in Christiania ähnliche Beobachtungen gemacht haben, nachdem sie erst auf die Sache aufmerksam wurden. In den Wiener med. Blättern Nr. 43, 1882, hat auch Dr. Loebl, dem das Referat in Schmidt's Jahrbüchern von meinem Aufsatze bekannt war, ebenfalls einen solchen Fall von Erythema nodosum mitgetheilt.

Da die fraglichen Krankheiten überhaupt sehr häufig vorkommen, scheint es mir berechtigt, auch die folgenden zwei Beobachtungen schon jetzt mitzutheilen, ohne das Eintreffen einer grösseren Anzahl ähnlicher Fälle abzuwarten. Die Aetiologie dieser Krankheiten ist ja ausserdem noch in solches Dunkel gehüllt, dass jeder Beitrag, der vielleicht etwas Licht bringen kann, nicht unwillkommen sein dürfte. Auch mit Rücksicht auf die Stellung der polymorphen Exantheme und der Purpura rheumatica zu dem rheumatischen Fieber, welche Frage noch fortwährend Gegenstand höchst verschiedener Auffassungen ist, dürften Beobachtungen, wie die hier mitgetheilten, von Bedeutung sein.

1. Fall. Karl Johannssen, mechanischer Arbeiter, 23 Jahre, consultirte mich am 18. März 1882 wegen Schmerzen im Schlunde, besonders beim Schlucken. Bei der Inspection der Fauces war nur noch eine stärkere Röthe der beiden Tonsillen und an dem Arcus palati bemerkbar. In den folgenden Tagen steigerten sich mittlerweile die Schluckbeschwerden, die am 24. und 25. März kulminirten und noch heute, am 30., da ich ihn wiedersehe, nicht ganz vorüber sind. Die ganze Zeit seit 18. März hat er ab und zu gehüstelt und sich matt und übel gefühlt. Gestern Nachmittag wurde er aber heiss und warm und hat heute Nacht etwas geschwitzt. Gestern Morgens, also

[1]) Tidsskrift for prakt. Medicin, Nr. 13, 1882.

am 29., entdeckt er an den beiden Handrücken einige rothe Flecken, die sich heute etwas mehr entwickelt haben. Heute ist er ziemlich matt mit Kopfweh und bettlägerig. Die Zunge ist belegt. An den beiden Handrücken und der Dorsalseite der Finger sieht man rothe Flecken von Hanfkorn- bis Bohnengrösse, die grösseren Flecken präsentiren sich mit einem hellrothen, etwas erhabenen Rande und eingesunkener mehr bläulich gefärbter Mitte — kurz das gewöhnliche Bild eines Erythema multiforme. Auch am rechten Knie sieht man ein paar vereinzelte Flecken. Temp. 37,6. P. 88. — Es wurde eine Chininmixtur verordnet.

Am 2. April war der Ausschlag an den Händen noch wesentlich unverändert. Er fühlte sich jedoch viel besser und konnte schon am folgenden Tage seine Arbeit wieder aufnehmen.

Am 15. April war er wieder bei mir; die erythematösen Flecken waren noch sichtbar und scharf begrenzt, sind aber im Ganzen von rosa livid-bläulicher Farbe. Er fröstelte etwas und klagte auch über Steifigkeit der Gelenke, besonders des rechten Knie- und Ellbogengelenkes. P. 100. Ord.: Solut. Chin. sulf. —. Ich sah ihn in langer Zeit nicht mehr; er hat mir aber später mitgetheilt, dass er bald nachher wieder ganz hergestellt war.

2. Fall: Thorvald Andresen, Kutscher, 42 Jahr, hohe, magere Person. Pat. hat mehrmals früher an Halsentzündungen mit Fieber gelitten. Am 16. December 1882 fand er sich mit einer sehr ausgesprochenen, charakteristischen Angina follicularis bei mir ein, wegen welcher eine Chininmixtur verordnet wurde. Er stellte sich mit dieser Krankheit nicht mehr vor, obschon die Symptome in den folgenden Tagen noch heftiger waren und erst über Weihnachten nachliessen. Seine Kräfte waren dabei sehr heruntergekommen und er fühlte sich fortwährend matt und schwach, als er am 17. Jänner 1883 beim Erwachen steif in den Nackenmuskeln geworden war und kaum den Kopf vom Kissen heben konnte. Vom 19. Jänner an wurde er auch von Steifigkeit und rheumatischen Schmerzen in den Gliedern befallen, und als er am 22. sich bei mir vorstellte, war besonders die Flexion der Extremitäten mit heftigen Schmerzen in allen Extensormuskeln verbunden. Ebenso war er bei Druck an diesen Muskeln sehr empfindlich. Die Gelenke waren dagegen noch nicht afficirt. In den Vorderarmen hatte er vage Schmerzen, besonders den N. ulnaris entlang. Salicylsäure, 0,60 dreimal täglich. Den folgenden Tag, 23., schwollen die beiden Fussgelenke stark auf, und zu gleicher Zeit brach an den

beiden Unterschenkeln ziemlich plötzlich ein Purpuraausschlag hervor. Als ich den Patienten am 24. besuchte, fand ich ihn im Bette; er fieberte nicht, Puls 68, die Steifigkeit und Empfindlichkeit der Muskeln hatte bedeutend nachgelassen. Der Purpuraausschlag war am unteren Drittel der beiden Unterschenkel sehr reichlich entwickelt und bildete besonders an der äusseren Seite derselben ein aus grösseren und kleinen Flecken bestehendes, zusammenfliessendes Exanthem, dessen symmetrische Anordnung sehr auffallend war. Die Herztöne waren rein, die Milz nicht angeschwollen, im Urin kein Eiweiss. Fortsetzung der Salicylsäure. Am 26. war der Ausschlag bedeutend geschwunden, die Anschwellung der Fussgelenke war aber noch vorhanden und dazu noch ein ziemlich starkes Oedem des Unterhautzellgewebes in der Nachbarschaft derselben; der Puls war 64 und sehr schwach, weshalb auch die Salicylsäure, wovon er im Ganzen 10,00 grm. genommen hatte, ausgesetzt und statt desselben eine Chininmixtur verordnet wurde. Am folgenden Tage, 27., brach jedoch wieder die Purpura hervor ganz mit derselben Localisation wie früher und war am 29., als ich ihn wieder besuchte, sowie Anschwellung der beiden Fussgelenke und des linken Kniegelenkes reichlich vorhanden. Als aber die Salicylsäure wieder aufgenommen wurde, schwanden im Laufe einer Woche sowohl die Gelenkaffectionen wie der Purpuraausschlag. Nach dem Aussetzen mit der Salicylsäure folgte noch einmal ein Ausbruch der Krankheit am 9. Februar, welcher jedoch auch diesmal schnell der Salicylsäure wich.

Im ersten Falle ist also 11 Tage nach Beginn der Schlundentzündung, und währenddem die Symptome derselben noch nicht ganz vorüber waren, ein charakteristisches Erythema multiforme an den Handrücken aufgetreten, und im zweiten Falle hat sich ungefähr 1 Monat nach dem Auftreten einer charakteristischen folliculären Angina und während noch der nach dieser Krankheit oft sehr ausgesprochene und lange fortdauernde Zustand der Schwäche und Debilität bei weitem nicht überwunden war, eine Reihe rheumatischer Affectionen eingestellt, die auch von heftigen Ausbrüchen von Purpura rheumatica begleitet waren. Es ist im ersten Falle unsicher, ob die vorhandene Angina nur eine rein katarrhalische oder eine folliculäre gewesen ist.

Es fragt sich nun also, wie der causale Zusammenhang dieser Krankheiten mit der vorausgehenden Angina zu erklären wäre.

So könnte vielleicht Jemand glauben, dass die Tonsillen, speciell bei der folliculären Angina, die ja häufig epidemisch vorkommt und sich manchmal ansteckend zeigt, als die Atrien einer specifischen Infection aufzufassen wären und dass die nachfolgenden rheumatischen Affectionen und Hauteruptionen der Ausdruck einer solchen Infection sein könnten. Der Umstand aber, dass nicht nur die folliculäre, sondern auch die einseitige phlegmonöse Angina und Tonsillarabscesse dieselben Folgen nach sich ziehen können, spricht ja dafür, dass nicht die Specificität der Schlundentzündung, sondern eher der Sitz der Entzündung das wesentliche und bestimmende Moment bildet. In dieser Hinsicht habe ich schon früher auf die zahlreichen Nervenverbindungen eben des Schlundes mit dem Sympathicus und der Medulla oblongata, dem Hauptsitze der vasomotorischen Centren, hingewiesen. Es wäre ja in Folge dessen denkbar, dass eben eine Entzündung dieser Theile besonders leicht einen Reiz auf die genannten Centren überführen konnte. Eine solche Auffassung scheint eine gewisse Stütze auch in den bei Scharlach, der ja auch mit Schlundentzündung einhergeht, auftretenden rheumatischen Erscheinungen und in den namentlich von Dr. Robinson und Dr. Eugen Fraenkel[1]) beschriebenen, die Diphtherie begleitenden Hautaffectionen zu gewinnen. Dr. Fraenkel hebt namentlich Petechien als den häufigsten, die Diphtherie begleitenden Ausschlag hervor, während Dr. Robinson nach einem Citat bei Fraenkel die diphtheritischen Erytheme bespricht und speciell auch eine dem Erythema multiforme ähnelnde Form erwähnt, die erst mehrere Tage nach Beginn der Erkrankung zum Ausbruche kommt. Auch die Pathogenese dieser Affectionen des scarlatinösen Rheumatismus, wie wenigstens einiger der diphtheritischen Hauteruptionen, dürfte speciell durch die vorhandene Schlundentzündung zu erklären sein; wenigstens sollte an eine solche Möglichkeit gedacht werden. Dass periphere Reize überhaupt bei der Genese der essentiellen Erythantheme mitwirkend sein können, scheint ja auch aus den namentlich hier in Christiania bei der Durchführung der Syphilisationskur gemachten, schon von Prof. W. Boeck hervorgeho-

[1]) Ueber Exanthemformen bei Diphtherie. Monatsh. für prakt. Dermat. Nr. 9, 1883.

benen Erfahrungen, dass die in der genannten Weise behandelten Syphilitiker ganz vorzugsweise von polymorphen Erythemen befallen wurden, hervorzugehen. Polymorphe Erytheme kommen ja, wie bekannt, überhaupt bei secundär Syphilitischen verhältnissmässig häufig vor, jedoch, wie man hier beobachten konnte, weitaus häufiger bei den mit Chankerinoculationen Behandelten, wie bei Denjenigen, die anderen Kuren unterworfen werden.

Eine weitere Frage, die auch nicht fern liegt, ist diejenige, ob der eventuelle Einfluss der Schlundentzündung auf die vasomotorischen Centren nur bei gewissen disponirten, mit einer abnormen Reizbarkeit dieser Centren behafteten Individuen möglich ist, oder aber diese Entzündung an und für sich im Stande ist, eine solche Schwäche der Vasomotoren hervorzurufen, die nur auf eine weitere schädliche Einwirkung, z. B. eine Erkältung, wartet, um einen Ausschlag in Form einer der hier erwähnten rheumatischen Krankheiten zu geben. Diese und ähnliche theoretische Fragen sind jedoch vorläufig von keinem grossen Belang.

In der Ueberschrift dieses kleinen Aufsatzes habe ich mich der von Professor Auspitz[1]) vorgeschlagenen Benennung „essentielle Erythantheme“ als gemeinsame Bezeichnung sowohl für die polymorphen Erytheme, wie für die Purpura rheumatica bedient, indem ich nämlich auch der Ansicht bin, dass diese verschiedenen Formen in der That nur den Ausdruck ein und desselben Grundleidens darstellen, und dass es nur von mehr unwesentlichen, vielleicht oft von individuellen Bedingungen abhängig ist, ob die eine oder die andere Form zum Vorschein kommen soll. Für die Berechtigung einer solchen Auffassung ist ja auch die Nachweisung eines gemeinsamen ursächlichen Momentes für diese Affectionen, wie die Schlundentzündungen ein solches darstellen, ein nicht unwichtiger Beleg.

Dass vielleicht Ausbrüche auch der den essentiellen Erythanthemen unzweifelhaft sehr nahe verwandten Urticaria mitunter durch Schlundentzündungen veranlasst werden können, scheint aus der folgenden Beobachtung hervorzugehen, die ich mir bei dieser Gelegenheit als einen Anhang beizufügen erlaube.

---

[1]) Auspitz, System der Hautkrankheiten, pag. 72.

Therese Mörk, 26 Jahre alt, verheirathet, gebar in den ersten Tagen des Monates Mai dieses Jahres ein gesundes, lebendes Kind. Durch wiederholte Nachblutungen geschwächt, konnte sie nicht ihr Kind stillen, und die daher wieder eintretende Menstruation kam jede dritte Woche und ziemlich abundant zurück. Sie fühlte sich somit fortwährend sehr matt und schwach, als sie in der Nacht zum 29. August von einem stark juckenden Erythem der beiden Handteller befallen wurde. Als sie aufgestanden war, wurden auch die beiden Fusssohlen angegriffen, und als sie am folgenden Tage sich bei mir vorstellte, waren, ausser den schon genannten Localitäten, an den unteren Extremitäten die Regionen um die beiden Malleoli und an den oberen Extremitäten die beiden Handrücken und ein grosser Theil der Unterarme, namentlich die Ulnarseite entlang bis zu dem Ellbogen hinauf, von einer lebhaften, in grösseren, zusammenhängenden Flächen auftretenden Röthe eingenommen. Die angegriffenen Hautpartien juckten sehr stark. Ausser um die beiden Achseln herum und in den Schenkelbeugen war die Haut in derselben Weise afficirt. Pomphi kamen nirgends vor. Meine Diagnose war also Erythema urticans, und es wurde Atropin, ein halbes Milligramm 3mal täglich, verordnet. Erst am 8. October sah ich sie wieder; sie berichtet mir, dass das Erythem nach etwa 8 Tagen geschwunden war, seit welcher Zeit ein starkes Abschuppen in grossen Stücken und Fetzen in den Handtellern und Fusssohlen stattgefunden hat; in den Fusssohlen ist sogar die Abschuppung noch nicht ganz vollendet. Weiter berichtet sie, dass sie am Abend des 5. Octobers von Fieberfrost mit bedeutendem Mattigkeitsgefühl, Kopfweh und Gliederschmerzen befallen wurde, und dass sie gleichzeitig Schmerzen im Schlunde und Schluckbeschwerden spürte. Die Inspection der Fauces gibt heute ein ausgeprägtes Bild der folliculären Angina mit den charakteristischen weissgelben Flecken. Gestern Abend, am 7. October, also zwei Tage nach Beginn der Schlundentzündung, trat wieder ein stark juckender Ausschlag an der Dorsalfläche der beiden Vorderarme und an der Vorderfläche der Oberschenkel so wie in den Fusssohlen auf, aber diesmal sich hauptsächlich mit kleineren und grösseren, zum Theil sehr grossen Pomphi manifestirend; in den Fusssohlen war jedoch nur eine diffuse Röthe zu beobachten. Diesmal war also das Krankheitsbild dasjenige einer charakteristischen Urticaria, die durch Atropin, in derselben Dose wie oben angegeben, in ein paar Tagen wieder unterdrückt wurde.

Es kann allerdings in diesem Falle bezweifelt werden erstens, ob die letzte Urticariaeruption überhaupt durch die Angina veranlasst wurde, und zweitens, ob nicht auch andere intercurrente Krankheiten eben so gut wie eine Schlundentzündung bei einer voraus, wie man vermuthen kann, so stark disponirten Person dasselbe Resultat gebracht haben konnte. In Anbetracht aber der nahen Verwandtschaft der Urticaria mit den essentiellen Erythanthemen und der meiner Meinung nach unzweifelhaften Bedeutung der Anginen für die Aetiologie der letztgenannten Affectionen habe ich auch diese Beobachtung nicht zurückhalten wollen.

Es muss der Zukunft vorbehalten sein festzustellen, in wie vielen Percenten der essentiellen Erythantheme eine Schlundentzündung als die nächste Veranlassung derselben anzusehen ist. Es wird vielleicht jedoch hier gehen, wie bei dem acuten Rheumatismus, dass man, je länger und genauer man beobachtet, desto grössere Bedeutung dem hier erwähnten ätiologischen Moment beizulegen genöthigt sein wird.

# Ueber das Leucoderma syphiliticum.

Von

**Prof. Dr. A. Neisser**

in Breslau.

---

Unter der Bezeichnung Leucoderma syphiliticum beabsichtige ich in nachstehenden Zeilen einen, wie mir scheint, nicht genügend gewürdigten Symptomencomplex zu beschreiben, welcher durch sein ungemein häufiges Vorkommen, durch sein charakteristisches Gepräge und durch sein der Syphilis ausschliesslich angehöriges Auftreten eine nicht blos wissenschaftliche, sondern auch in hohem Grade praktische Bedeutung hat.

Die in Rede stehende Affection ist in der fremdländischen Literatur, wie ich später zeigen werde, zwar reichlich erwähnt, aber nach meinem Dafürhalten nicht richtig gedeutet worden. Die deutschen Autoren kennen dieselbe so gut wie gar nicht, und es ist das entschiedene Verdienst O. Simon's, die Wichtigkeit der von mir zu schildernden Hautveränderungen richtig gewürdigt zu haben. Vor drei Jahren bereits theilte er seine Erfahrungen in einer Sitzung der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur mit.

Das Leucoderma syphiliticum ist eine Pigmentanomalie, welche bei sonst absolut unveränderter Haut in Gestalt weisser Flecken auftritt, die entweder die bei ihrem Erscheinen vorhandene Grösse behalten oder, was gewöhnlich der Fall ist, durch peripheres Wachsthum sich vergrössern, dabei confluiren, derart, dass schliesslich auf dem befallenen Bezirk grosse pigmentlose Herde entstehen, welche die normal- oder hyper-pigmentirte Grundfarbe zu schmalen Streifen verschmächtigen.

Die Grösse der Flecke ist eine verschiedene und wechselt schon beim ersten Erscheinen derselben zwischen Linsen-, Zwanzigpfennig- bis Zehnpfennigstück-Grösse. Die Grenze der weissen Flecke, gegenüber der dunkeln Umgebung ist anfangs eine ziemlich scharfe, erst später, sowohl beim Wachsen wie beim Verschwinden der Affection wird der Uebergang verwaschener, schliesslich sogar kaum erkennbar.

Was die Localisation anlangt, so findet sich mit sehr seltener Ausnahme der Hals befallen, gewöhnlich an seinen hinteren und seitlichen Abschnitten. Meist bleibt der Hals sogar der allein betroffene Bezirk; ihm an Häufigkeit am nächsten stehend ist die Scapularregion, von der aus das Leucoderma nicht selten sich auf Rücken-, vordere Thorax- und Abdominalfläche ausbreitet. Die Extremitäten zeigen nur ausnahmsweise, am häufigsten noch auf der inneren Oberschenkelfläche, die Pigmentveränderung. Nur einmal kam das Leucoderma ausschliesslich auf der Streckseite der Oberarme und Oberschenkel (ohne den Hals zu afficiren) zur Beobachtung. Ebenso sah ich nur ein einziges Mal die oberen Extremitäten in reichlicher Weise mitergriffen, desgleichen nur ein einziges Mal ein deutliches Mitbefallensein der Stirnfläche.

Was die Entwicklungsdauer der Eruption dieser Pigmentanomalie betrifft, so vollzieht sich dieselbe durchschnittlich in dem Zeitraume von 2—3 Wochen. Wir hatten häufig genug Gelegenheit, bei den betreffenden Kranken während ihres Aufenthaltes im Hospital die schrittweise auftretende Entwicklung zu verfolgen. Es zeigten sich anfangs hellere, nur dem kundigen Auge auffallende Stellen, die binnen der angegebenen Frist zu so deutlichen, durch den Farbencontrast sinnenfälligen Flecken sich ausbildeten, dass sie auf den ersten Blick die Aufmerksamkeit des Beschauers auf sich lenkten. In den meisten Fällen blieb die Anzahl der Flecke dieselbe wie beim ursprünglichen Auftreten. Ueberall da aber, wo der Halsbezirk überschritten wurde, konnte ein allmähliches, gewöhnlich über Wochen sich hinziehendes Fortschreiten von Strecke zu Strecke constatirt werden.

Subjective Symptome sind mit dem Auftreten und der Verbreitung nach keiner Richtung verbunden.

Dauer der Affection. Ist die Affection einmal ausgebildet, so bleibt sie als solche durchschnittlich 5—7—12—14 Monate

bestehen. Nur in einzelnen Fällen konnte constatirt werden, dass dieselbe 2—3 oder gar 4 Jahre sichtbar blieb. Das Verschwinden geht ebenso wie das Auftreten, im Laufe weniger Wochen allmählich vor sich, indem die vorher weissen Flecken wieder dunkler werden, bis sie das Colorit der normalen Haut wieder erlangt haben. — Wo periphere Ausbreitung des Leucoderma stattgefunden, trägt diese Vergrösserung der weissen Bezirke selbst schon dazu bei, die ursprünglich (abnorme) dunkle Grundfarbe zum Verschwinden zu bringen; die dunklen Partien werden aufgezehrt und damit tritt der Contrast von Hell und Dunkel mehr und mehr zurück. Indem allmählich auch die abnorm weisse Färbung wieder der normalen Platz macht, hat der ganze Vorgang sein Ende erreicht.

Höchst merkwürdig ist nun die Thatsache, dass die Affection hauptsächlich bei Weibern und zwar in allen Ständen vorkommt. Unter den in den letzten Jahren beobachteten weiblichen Syphiliskranken findet sich das Leucoderma in nicht weniger als 45% der Fälle in mehr oder minder entwickelter Weise notirt, während das männliche Krankenmaterial im Ganzen nur 43 Fälle (4%) aufwies. Es ist dabei bemerkenswerth, dass bei den Männern die Affection percentualisch sehr viel häufiger auf Brust, Rücken und Abdomen vorkam als bei Weibern, die in überwiegender Zahl das Leucoderma nur am Halse zeigten. Ich füge hinzu, dass die Männer mit ausgebreitetem Leucoderma meist Bäcker, Schmiede, Feuerarbeiter etc. waren. Unter den Weibern waren es hauptsächlich dunkle Individuen, welche die Affection darboten. — Bei Kindern mit acquirirter Syphilis habe ich die Affection mehrere Male, aber auch nur bei Mädchen, beobachtet. Bei Kindern mit hereditärer Syphilis ist mir bisher kein Fall von Leucoderma vorgekommen, wobei ich allerdings erwähnen muss, dass ich keine Gelegenheit hatte, solche Fälle längere Zeit hindurch zu beobachten. — Im höheren Alter tritt die Affection ebenfalls auf. In einem Falle, in dem es sich um eine schon 58 Jahre zählende Frau handelte, war auf der überall sehr senilen Haut die Pigmentveränderung sogar ganz besonders auffallend. Es ist derselbe (einzige) Fall, welcher unser maculöses Leucoderma auf dem Oberarm darbot.

Suchen wir nun die Stellung des bisher besprochenen Leuco-

derma zur Syphilis zu fixiren, so stehe ich nicht an, dasselbe als eine für Syphilis charakteristische und durch die Syphilis bedingte Affection zu bezeichnen. Charakteristisch für Syphilis ist die Affection auf Grund sowohl positiver wie negativer Thatsachen.

Der geschilderte Zustand der Haut fand sich nämlich nur bei solchen Individuen, welche an Syphilis litten und niemals bei solchen, welche notorisch frei von derselben geblieben waren, und zwar gehört die Affection zu der im Frühstadium der Syphilis auftretenden Hautveränderung. Sie entwickelt sich nämlich in directem Anschluss an das maculöse Exanthem, hin und wieder auch in noch näher zu beschreibender Weise im Anschluss an papulöse Efflorescenzen.

Was die Roseola betrifft, so erhebt sich nun die Frage, ob thatsächlich allen Fällen von Leucoderma eine Roseola vorausgegangen ist. Für den Rumpf wird Jedermann die Frage bejahen. Am Halse dagegen gilt nach allgemeiner Ansicht die Roseola für so selten, dass ihre ursächliche Beziehung zum Leucoderma, welches daselbst doch seinen Lieblingssitz hat, Gegenstand des Zweifels werden kann. Es hat sich jedoch im Verlauf unserer auf diesen Punkt gerichteten Beobachtung herausgestellt, dass das maculöse Exanthem den Hals viel öfter befällt, als man gewöhnlich annimmt, da die blassrothen Flecken auf dem gebräunten Halse eben nur bei sorglich darauf verwendeter Aufmerksamkeit zu erkennen sind.

Wir hatten aber auch Gelegenheit direct zu sehen, wie an den Stellen verschwindender Roseolaflecke das maculöse Leucoderma sich entwickelte, wie weisse Flecke, und zwar vollkommen gleich an Gestalt und Grösse genau an den Orten sich entwickelten, welche vorher von den rothen eingenommen waren.

Ich halte mich daher zu dem Schlusse berechtigt, dass die in jeder maculösen Efflorescenz sich abspielenden Vorgänge die directe Ursache sind für den folgenden Pigmentmangel. Die Beziehungen zwischen Roseola und Leucoderma ergeben sich noch viel sinnfälliger bei der Betrachtung des diffus auf Brust und Rücken vorkommenden Leucoderma, welches, abgesehen von dem Farbenunterschied, an Grösse, Zahl und Verbreitungsweise der Flecken durchaus mit der Roseola syphilitica übereinstimmt.

Besonders interessant und deutlich die directe Abhängigkeit des Leucoderma von der syphilitischen Efflorescenz beweisend sind die Beobachtungen, welche wir häufig im Verlauf des papulösen Exanthems machen können. Wenn die Papel den Höhepunkt ihrer Entwicklung überschritten hat, — und hier sind es auch meist die in der Cervical- und Suprascapulargegend localisirten Efflorescenzen, aber auch solche auf dem Abdomen, — wenn sich bereits jene braune und braunschwarze Verfärbung der sich involvirenden Neubildung eingestellt hat, dann sieht man plötzlich und deutlich einen hellen und von Tag zu Tag weisser werdenden Hof um den Rest der ursprünglichen Efflorescenz sich entwickeln. Dieser Hof vergrössert sich sowohl nach der Peripherie zu als auch nach dem Centrum hin, wobei er, allmählich wachsend, die ursprünglich centrale Pigmentmasse verzehrt, so dass schliesslich ein mässig weisser, gewöhnlich ziemlich grosser Fleck zurückbleibt, in dessen Mittelpunkt die ursprüngliche Papel nur wie ein leichter Schatten angedeutet ist. Dieses an papulöse Efflorescenzen sich anschliessende Leucoderma hat ganz besonders die Tendenz zu peripherem Wachsthum, in dessen Verlauf jene oben erwähnten Netzwerkzeichnungen zu Stande kommen, welche aus grossen weissen Flecken mit dunklen Zwischenstreifungen bestehen. Häufig, wie gesagt, hat sich dieser Vorgang der oben beschriebenen Netzwerkbildung in täglicher Beobachtung vor unseren Augen abgespielt. Aber selbst das fertige Bild lässt das primäre Entstehen kleiner, weisser Flecken ohne Weiteres erkennen. Die Grenze der weissen Bezirke ist nämlich ganz regelmässig eine aus nach aussen hin convexen Bogenlinien zusammengesetzte Linie, welche einerseits die Zusammensetzung aus ursprünglich einzelnen, erst später confluenten Flecken deutlich sichtbar macht, andererseits das periphere Wachsthum eben dieser ursprünglichen Einzelherde bestens illustrirt.

Das Leucoderma entwickelt sich, wie erwähnt, im Frühstadium, daher boten sämmtliche Fälle noch andere entsprechende Syphilisformen dar. Durchgängig finden sich in den Krankengeschichten papulöse Efflorescenzen an den Genitalien, am Anus, auf der Schleimhaut der Mundhöhle etc. notirt. Nur in zwei Fällen, in denen sich gummöse und ulceröse Formen im galoppirenden Verlaufe der Syphilis schon im zweiten und dritten Jahre nach der

Infection einstellten, wurde das Leucoderma zugleich mit eben diesen gummösen Formen beobachtet. Jedenfalls aber entwickelt sich das Leucoderma in den der Infection direct sich anschliessenden Stadien, durchschnittlich im vierten bis sechsten Monat nach der Infection.

Vorstehende Data nun, nämlich:

1. dass das beschriebene Leucoderma maculosum nur bei nachweisbar syphilitischen Individuen vorhanden war, (wobei ich bemerke, dass ich über mehrere hundert Leucoderma-Beobachtungen verfüge);

2. dass es in zahlreichen Beobachtungen unter unseren Augen direct im Anschluss an maculöse und papulöse Syphilide zum Vorschein kam, und

3. dass in allen Fällen übereinstimmend eine Form von Leucoderma sich entwickelt, wie sie sonst nicht vorzukommen pflegt, — aus diesen Punkten ergibt sich der meines Erachtens sichere Schluss, dass wir es mit einer specifischen, für die Syphilis charakteristischen Hautveränderung zu thun haben.

Ehe wir zu der Besprechung der pathologischen Vorgänge übergehen, durch welche das Leucoderma zu Stande kommt, erscheint es angemessen folgende Hauptmomente zu fixiren.

1. Die Affection besteht in dem Auftreten heller, weisser Flecke auf dunklerem Grunde.

Die weissen Flecke sind heller als die normale Haut, das dunkle Netzwerk, welches bei entwickelter Fleckenbildung restirt, ist gewöhnlich dunkler als die normale Haut; dieses Verhältniss, das nicht in allen Fällen ohne Weiteres sich erkennen lässt, hat Dr. Michelson (nach Fournier's Vorgang) auf unserer Klinik durch ein sehr einfaches Verfahren festgestellt[1]). Um die Contrastwirkungen, welche an den befallenen Localitäten die sehr ausgesprochenen Farbendifferenzen hervorrufen, auszuschliessen, wurde auf Seidenpapier die Figur des Leucoderma auf der Halsoberfläche durchgezeichnet und dann einmal die pigmentlosen Stellen, das andere Mal die dunklen Partien ausgeschnitten. Man konnte

[1]) Herr Dr. Michelson hat über das Leucod. syph. eine der Leipziger Facultät eingereichte Dissertation auf meiner Klinik verfasst.

auf diese Weise sowohl die hellen, wie die dunklen Partien gesondert für sich mit der normalen Hautfarbe der nicht befallenen Körpertheile vergleichen. Die so angestellte Untersuchung ergab nun unzweifelhaft, dass auf leucodermatischen Bezirken Pigmentmangel und Hyperpigmentirung abwechseln.

Bemerken will ich aber ausdrücklich, dass dieses Verhältniss natürlich nur auf dem höchsten Entwicklungsstadium der Affection sich vorfindet. In den vorausgehenden Anbildungs-, wie in den nachfolgenden Reparationsstadien ist die Farbe der hellen Flecke nicht so different von der bei normalen Pigmentverhältnissen bestehenden. Das dunkle Netzwerk ist aber zumeist pigmentreicher als normale Haut.

2. Die Entwicklung des Leucoderma geht so vor sich, dass auf dunkler Grundfläche weisse isolirte Flecken entstehen, die erst in allmählichem Wachsthum zum Ueberwiegen der weissen Partien über das dunkle, schliesslich netzwerkartige Grundterrain führen.

Aus diesen beiden Thatsachen ergibt sich nun, dass das Leucoderma nicht rein durch Pigmentverschiebung (wie bei der idiopathischen Leucopathie) zu Stande kommt, sondern dass es sich um directen, allerdings wandernden Pigmentverlust handelt.

Es würde auch über diese Frage gar kein Zweifel herrschen, wenn nicht der Hals, d. h. die am häufigsten befallene Localität besondere Verhältnisse darböte. Betrachten wir beispielsweise ein über Abdomen und Thorax verbreitetes Leucoderma, so sieht man nur weisse Flecke auf sonst gleichmässig pigmentirtem Grunde; es fehlen die für die idiopathische Leucopathie charakteristischen dunklen Zonen, welche bei dieser Affection die pigmentlosen Flecke umgeben und welche ungleich dunkler sind als die Haut, auf der sich die Leucopathie entwickelt. Bei Leucoderma des Abdomen, bestehen also nur zwei Farbentöne: der weisse abnorm pigmentarme und der normal pigmenthaltige Untergrund. Bei idiopathischer Leucopathie bestehen dagegen drei Nuancen, der normale Untergrund, der abnorm pigmenthaltige Saum und der abnorm pigmentfreie Fleck.

Sobald sich aber das Leucoderma am Hals localisirt, haben wir es auch mit drei Nuancen zu thun, die indess auf ganz andere Vorgänge zurückzuführen sind.

Der Hals nämlich, so weit er von der Kleidung frei bleibt, ist ja stets dunkler colorirt als die bedeckten Körperflächen; entwickelt sich nun auf dieser dunkleren Grundfläche ein Leucoderma, so kann, wenn man die Affection nicht in allen ihren Stadien gesehen hat, leicht die Täuschung entstehen, als wenn

a) abnorme Pigmentstreifen producirt worden wären, oder

b) als wenn es sich um wahre Leucopathie d. h. Pigmentverschiebung handelte. — Beides ist nicht der Fall, sondern es besteht Leucoderma, d. i. Pigmentverlust auf vorher durch äussere Einflüsse hyperpigmentirten Flächen.

Ich habe diese Verhältnisse deshalb so ausführlich besprochen, weil, wie Eingangs erwähnt, fast sämmtliche Autoren die Affection irrthümlich gedeutet haben, einfach aus dem Grunde, weil sie keine Gelegenheit hatten, die allmähliche Entwicklung zu verfolgen respective weil sie nur die Endstadien (dunkles Netzwerk zwischen hellen Zonen) sahen und nicht die kurze Frist der höchsten Entwicklung beobachteten, welche allein absoluten Pigmentmangel zeigt. Vorher wie nachher besteht nur eine relative Pigmentarmuth in den weissen Flecken. — Doch möchte ich meinen, dass sich selbst aus der Betrachtung dieser Endstadien, wie schon erwähnt, allein die Richtigkeit unserer Deutung ergibt. Die Grenzlinie nämlich zwischen hellen und dunklen Zonen ist immer eine aus mehreren Kreisabschnitten sich zusammensetzende serpiginöse Linie, welche alle ihre Convexitäten nach den dunklen Partien hinwendet und es erscheint überflüssig dieses bei den Hautflecken so oft wiederkehrende Verhältniss ausführlicher zu erörtern, da tausendfache Erfahrung lehrt, dass derartige serpiginöse Formen zu Stande kommen, durch peripherisches Wachsen und Ineinandergreifen ursprünglich isolirter Herde.

Was den pathologisch-anatomischen Vorgang, der zu der in Rede stehenden Farbenveränderung führt, anbetrifft, glaube ich annehmen zu können, dass im Anschluss an den entzündlichen Process, der die Roseola wie das papulöse Syphilid charakterisirt, ein vermehrtes, resp. beschleunigtes Wachsthum der Epithelzellen des Rete Malpighii vor sich geht. Diese Zellen, die unterste Mutterzellenlage mit inbegriffen, theilen und vermehren sich so schnell, dass das Pigment, welches unter normalen Verhältnissen in den tief-

sten Epithelzellenschichten zurückbleibt, mit diesen abnorm schnell nach aussen sich schiebenden Zellen abgestossen wird, ohne dass für eine Zeitlang ein Ersatz dieses Pigmentes aus den Blutgefässen stattfindet. (Eine Resorption des Pigments der tiefsten Zellen seitens des Papillarkörpers möchte ich nicht annehmen.) Ich denke mir also den mikroskopischen Befund ähnlich wie wir ihn bei der idiopathischen Leucopathie sehen, d. i. in der Form normales Epithel, nur des normalen Pigments in den tiefsten Zellenlagen beraubt [1]), und zwar absolut beraubt auf dem Höhepunkt der Affection, relativ im Anbildungs- und im Heilungsstadium derselben.

Für meine Vermuthung nun, dass der entzündliche Vorgang des Syphilides in erster Linie auf die Beseitigung des Pigments gewirkt habe, glaube ich einige Analogien herbeibringen zu können.

Es sind mir mehrere Fälle von acquirirter (idiopathischer) Leucopathie vorgekommen, bei denen die Pigmentverschiebung direct im Anschluss und in directer örtlich zu verfolgender Abhängigkeit von chronisch-entzündlichen Vorgängen sich entwickelte. Bei einigen Patienten entstanden die weissen Flecke auf vorher von Aetzkalk verbrannten Stellen; bei einem Kranken, den ich vor Kurzem sah, ist deutlich zu erkennen und in fortlaufender Beobachtung zu constatiren, wie um Ulcerationen des Unterschenkels erst ein mattrother entzündlicher Hof, dann eine weisse, gegen die pigmentirte Umgebung scharf sich abhebende Zone folgt. Die Grenzen dieser weissen Zonen entsprechen stets (an allen Beobachtungstagen) denen des entzündlichen Hofes und diese wiederum genau der (wachsenden) Form und Ausdehnung der Geschwüre.

Ich denke mir also, dass hier die chronisch-entzündlichen Vorgänge — bei allen syphilitischen Exanthemen handelt es sich ja ebenfalls um chronisch-entzündliche Processe — eine Epithel-

---

[1]) Da begreiflicherweise Excisionen nicht vorgenommen werden konnten, so bin ich nicht im Stande, Thatsächliches über das mikroskopisch-anatomische Verhalten des L. beizubringen. Tanturri, der mikroskopische Untersuchungen vorgenommen, hat keinen Pigmentverlust im Vergleich zur normalen Haut finden können. Doch ist nicht festgestellt, in welchem Stadium der Entwicklung oder Reparation das Hautstück, das zur Untersuchung diente, entnommen wurde.

alteration bewirkten, durch welche ein normales Haftenbleiben des Pigments an seinem normalen Platz, d. h. in den tiefen Epithelschichten verhindert wurde, eine Vorstellung, welche über den Vorgang der Leucopathie selbst freilich keinen weiteren Aufschluss gibt.

Noch significanter, weil analoger dem Leucoderma, erscheinen mir die vorübergehenden Pigmentverluste, wie sie als Resultat einer mit Chrysarobin behandelten Psoriasis hin und wieder zur Beobachtung gelangen. Bekanntlich wird durch das Chrysarobin die gesunde Haut eigenthümlich violett-braunroth verfärbt, während die Psoriasisflecke sehr bald durch ihre Farblosigkeit als weisse Stellen auffallen. Aber selbst nachdem schon die vorher nicht erkrankte längst zu ihrer gewöhnlichen Farbe zurückgekehrt ist, erkennt man die ursprünglichen Psoriasisflecken noch deutlich, u. zw. als abnorm weisse Stellen, welche dann noch monatelang persistiren können[1]). Meines Erachtens hat hier die artificielle Dermatitis an allen den Stellen, deren Epithel durch den Krankheitsvorgang der Psoriasis geschädigt war, diese schnelle, resp. zu schnelle Pigmentabstossung herbeigeführt. Wallenberg (diese Vierteljahresschrift, pag. 63, 1876) schildert ein ähnliches und wohl analog zu erklärendes, vorübergehendes Schwinden des Pigments im Anschluss an eine Scarlatina. Auf welche Weise sowohl in den letzterwähnten Fällen als beim Leucoderma syphiliticum der Ersatz des Pigmentes sich vollzieht, (der bei den erwähnten idiopathischen Leucopathie-Fällen nicht zu Stande kommt) lässt sich nicht angeben. Es ist jedoch erklärlich, da ja das Epithel auch in seinen tiefsten Schichten ebensowenig durch den Process der Chrysarobin-Dermatitis als durch die Roseola etc. zerstört wird. Vielleicht ist es überhaupt nicht am Platze, von einer Schädigung des Epithels hier zu sprechen, es entspricht vielleicht mehr den Thatsachen, an eine Hypernutrition des Epithels durch das entzündliche Transsudat zu denken, eine Annahme, die die Entwicklung des Leucoderma um papulöse Syphi-

[1]) Während der Correctur sehe ich einen Patienten, der vor 4 Monaten wegen Psoriasis mit Chrysarobin auf unserer Klinik behandelt worden war. Die Psoriasis hatte damals auch den Hals befallen und noch heute sind die weissen Flecke deutlich erkennbar.

lide, wie die Chrysarobin- und Scarlatina-Leucopathie leichter verständlich macht.

Warum sich nun das Leucoderma syphiliticum nicht in jedem Falle entwickelt, lässt sich nicht beantworten; nur so viel lässt sich aus der Beobachtung, dass das Leucoderma regelmässig am Halse, wie aus dem Umstande, dass es bei Feuerarbeitern, Bäckern etc. am Rumpf sich entwickelt, folgern, dass es überall da leichter zu entstehen scheint, wo durch äussere Reize, insbesondere strahlende Wärme, eine abnorme Hyperpigmentation der Haut vorausgegangen, wo vielleicht eine grössere Labilität des Pigments, wenn dieser Ausdruck gestattet ist, vorhanden ist.

Die besondere Vorliebe der Affection für das weibliche Geschlecht bleibt freilich ganz unerklärlich; Hardy meinte, sie auf die besondere Zartheit und Feinheit der Haut zurückführen zu können und gibt an, auch bei Männern, die diese Affection zeigten, diese Beschaffenheit der Haut gefunden zu haben. Ich kann aus meinem Material diese Beobachtung nicht unterstützen.

Was die Häufigkeit des Leucoderma im Allgemeinen betrifft, so scheint in der That, falls die Angaben der Autoren den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen, eine grosse Verschiedenheit zu herrschen. Sie erklärt sich vielleicht aus der noch nicht genügenden Bekanntschaft einzelner Beobachter mit der in der Intensität ja so sehr schwankenden und daher leicht übersehbaren Affection. Doch scheinen andererseits locale Differenzen zu bestehen. Während in Breslau die Affection eine sehr gewöhnliche ist, während in Leipzig mir unter 116 Syphilispatienten aller Stadien 16 mit Leucoderma begegneten, fand ich in Wien auf der ersten Syphilisabtheilung (damals von Zeissl in Vertretung geleitet), so weit meine Erinnerung reicht, nicht einen einzigen Fall. Fournier wiederum und Drysdale schildern die Affection als eine sehr häufige. Alle Beobachter sind darüber einig, dass in Bezug auf Häufigkeit das weibliche Geschlecht prävalirt.

Ein Einfluss der Behandlung, welcher Art sie auch war, konnte weder auf das Entstehen, noch auf das Verschwinden wahrgenommen werden, eine Thatsache, die für das Verschwinden des Leucoderma selbstverständlich sich aus der Erwägung ergibt, dass der in Rede stehende Vorgang des Pigmentverlustes eine Folge des Abheilungsprocesses syphilitischer Efflorescenzen ist, also

mit dem Syphilisgift oder seinen Produkten direct in gar keinem Zusammenhange steht. Local konnte man durch Sublimat, wie Dr. Michelson auf unserer Abtheilung nachgewiesen hat, eine einheitliche Färbung einer vom Leucoderma getigerten Halsfläche ohne Weiteres erzielen, indem die dunkleren Partien durch die Sublimatapplication in der bekannten Weise ihres Pigmentes verlustig gehen.

Fassen wir den Inhalt umstehender Schilderung zusammen, so ergeben sich folgende Sätze:

1. Das Leucoderma syphiliticum besteht in der Bildung pigmentloser Flecke, welche durch den Abheilungsprocess theils von Roseolaflecken, theils papulösen Efflorescenzen hervorgerufen werden.

2. Diese Flecken sind auf der Höhe ihrer Entwicklung weisser als die normale Haut.

3. Die Flecken haben die Fähigkeit, sich durch peripheres Wachsthum zu vergrössern. Benachbarte, ursprünglich isolirte Flecke confluiren auf diese Weise, so dass allmählich auf einem bestimmten Bezirk die pigmentlosen Stellen vor den pigmentirten prävaliren. Es kann somit allmählich ein Netzwerk von dunkeln Trabekeln zwischen weissen Flächen sich herausbilden. Charakteristisch und gesetzmässig ist dabei, dass die weissen Flächen stets mit nach aussen convexen Bogenlinien gegen die dunkeln Streifen sich abgrenzen.

4. Die Affection befällt regelmässig den Hals; sodann Schultergegend, Bauchfläche, Extremitäten, Gesicht in absteigender Häufigkeit.

5. Die Affection findet sich ausschliesslich bei luetischen Kranken und ist als ein für die Syphilis charakteristisches Symptom anzusehen.

6. Sie entsteht im Frühstadium der Syphilis, in der zweiten Hälfte des ersten, resp. in der ersten Hälfte des zweiten Jahres der Erkrankung. Das Lebensalter der Patienten ist ohne Einfluss.

7. Die Dauer des Leucoderma ist durchschnittlich vier Monate, kann aber auch in seltenen Fällen sich auf drei bis vier Jahre erstrecken.

8. Subjective Symptome sind mit der Affection nicht verbunden.

9. Eine Einwirkung irgend welcher Arzneimittel ist weder auf das Zustandekommen noch auf das Verschwinden des Leucoderma beobachtet worden.

10. Das Leucoderma befällt ungleich häufiger das weibliche, als das männliche Geschlecht.

Was die Diagnose betrifft, so ist nach obiger ausführlicher Schilderung eine nochmalige Besprechung derselben überflüssig, da sie sich aus der Summe der beschriebenen Symptome ohne Weiteres ergibt.

Differentialdiagnostisch sind dem Leucoderma gegenüber in Betracht zu ziehen:

1. Die idiopathische Leucopathie. Diese unterscheidet sich indess durch die ungleich grössere Weisse von den leucodermatischen Flecken, so wie durch den tiefgefärbten Rand, durch den sich der leucopathische Bezirk von der gesunden Haut absetzt. Bei der Leucopathie (Vitiligo, Albinismus) handelt es sich ja um eine Pigmentverschiebung, nicht um einen vorübergehenden Pigmentverlust wie beim Leucoderma syphiliticum. Sodann ist die ungleich grössere, geradezu flächenhafte Ausdehnung, welche die Leucopathie erreicht so wie die Localisation, speciell auf Gesicht, Hände und Genitalia, als Unterscheidungsmerkmale dieser in ihrer Aetiologie in den allermeisten Fällen ganz unbekannten Affectionen anzuführen. Auch habe ich niemals beim Leucoderma ein Weisswerden der Haare auf den befallenen Bezirken, wie dies bei der Leucopathie die Regel bildet, beobachten können.

2. Kleine Narben, wie solche namentlich als Residuum der in Folge von Pediculis capitis et P. vestimentorum auf Hals und Schultern gesetzten Excoriationen zurückbleiben. Die Grösse, Reichlichkeit und Localisation dieser weissen kleinen Bezirke können wohl vorübergehend ein Leucoderma vortäuschen; während aber beim Leucoderma die Flecken nur durch ihre Pigmentlosigkeit sich auszeichnen, im Uebrigen eine durchaus normale Hautstructur aufweisen, sind dort die strahligen schneeweissen Narben als solche mit Leichtigkeit zu erkennen.

3. Die Pityriasis versicolor. Eine Verwechslung mit dieser ist eigentlich nur in denjenigen Fällen möglich, in welchen die Affection in sehr reichlicher Ausbreitung den ganzen Rumpf bis zum Hals und diesen inbegriffen überzogen hat. Dann kommt

es wohl vor, dass mitten aus diesem Ueberzuge kleinere Bezirke durch irgend welche Verhältnisse ausgeschaltet bleiben, oder nachträglich frei werden, welche dann beim ersten Anblick als leucodermatische Flecke auf gelb pigmentirter Fläche imponiren können. Jedoch wird sehr bald die kleienförmige Abschuppung der gelben Bezirke, die Möglichkeit durch leichtes Abkratzen den gelben Belag gänzlich zu entfernen, schliesslich die nach aussen convexe Bogenlinien beschreibende Grenzlinie die Differentialdiagnose zwischen dieser mykotischen Affection und dem Leucoderma herbeiführen.

Dieselben Verhältnisse gelten für den Fall, dass sich ein Zweifel darüber erhöbe, ob einige wenige Pityriasis-Flecke oder jenes Endstadium des (peripher gewachsenen) Leucoderma vorläge, in welchem auf weisser Grundfläche einzelne Reste der am Halse gewöhnlich vorhandenen Hyperpigmentation übrig geblieben sind. Auch hier werden wir hauptsächlich die Beschaffenheit der Grenzlinien der jeweilig dunklen Flecke ins Auge fassen. Bei der Pityriasis ist der dunkle Bezirk convex nach aussen, beim Leucoderma der weisse, resp. der dunkle gegen das Weisse hin ausgehöhlt, concav.

4. Schliesslich ist zu besprechen die Differentialdiagnose zwischen der von einzelnen Autoren beschriebenen Pigmentlues und unserem Leucoderma.

Es wird sich diese Differentialdiagnose am besten aus der hier einzufügenden Uebersicht über die Literatur ergeben. Es lassen sich drei Gruppen unter den unser Thema behandelnden Autoren aufstellen:

1. Diejenigen, welche zufällig im Verlaufe der Syphilis aufgetretene Pigmentveränderungen beschreiben.

Hieher gehört die Mittheilung von Bulkley über ein Pseudo-pigmentary Syphiloderm (Arch. of Dermatol. 1878 p. 316). Auf einem gelben Chloasma des Gesichtes und Halses waren im Anschluss an ein ulceröses Syphilid weisse oberflächliche Narben entstanden, wodurch ein unserem Leucoderma ähnliches Bild entstand. Dass aber grundverschiedene Processe sowohl für die Hyperpigmentation als für den Pigmentverlust vorliegen, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung.

2. Diejenigen, welche im Verlaufe der Syphilis entstandene und durch letztere bedingte Pigmentanhäufungen beschreiben.

Hieher gehört die Mittheilung von Tanturri (Il Morgagni. Gaz. des hôp. 7. 1866) der als „Pigmentsyphilis mit gelbem Grunde“ ein Fleckenexanthem bezeichnet, welches nicht juckt, keine kleienförmige Abschilferungen besitzt und an verschiedenen, meist beiderseits symmetrisch situirten Körperstellen sich vorfindet (Ref. in dieser Vrtljschr. 1877. pag. 403). Einen solchen Fall beobachtete auch Pirocchi (Giorn. ital. delle mal. ven. 1875 Ref. Vrtljschr. 1877, pag. 403) an einem 30jährigen Manne, bei welchem etwa 4 Jahre nach primärer Affection Efflorescenzen auftraten, welche Gyri von 6—7 Ctm. bildeten, ihre Ränder sind dunkler, ihre Centren lichter und ihre Färbung wird vom Fingerdrucke und Hautreizen nicht beeinflusst. Die Behandlung mit Jod und anderen Antisyphiliticis war ohne Einfluss, während subcutane Arseninjectionen in der Nachbarschaft der Efflorescenzen dieselben zum Schwinden brachten.

Sodann ist zu erwähnen ein von Dymnicki referirtes, von Fournier als Syphilide pityriasiforme bezeichnetes Exanthem (s. Vrtljschr. p. 1877, p. 404). Der Ausschlag war über den Hals, die Brust und den Rücken ausgebreitet. Die Flecke fühlten sich trocken und uneben an; ihre Oberfläche war bedeckt mit gelblichen, kleinen Schüppchen. Im Verlaufe von 2 Jahren blieb der Ausschlag trotz verschiedener angewandter örtlicher Mittel unverändert. Man sah ihn als Pityriaris versicolor an und hatte kein Quecksilber verordnet. 20 Einreibungen mit grauer Salbe beseitigten dagegen die Flecke vollständig.

Schliesslich berichtet Schwimmer über 2 Fälle von Syphilis pigmentosa (Wiener med. Bl. 17, 18, 20, 1880. Vrtljschr. 1880, p. 414), in welcher es sich um das Auftreten dunkler, mehr oder weniger regelmässig begrenzter Flecke am Thorax, an der Wangen- und Lippengegend handelte.

Alle diese hier erwähnten Beobachtungen behandeln also Fälle, in denen abnorme Pigmentirungen sich einstellten, Pigmentanhäufungen, welche theils an vorherige Exantheme sich anschlossen, theils spontan sich zu entwickeln schienen. Für diese Kategorie ist der von Schwimmer gewählte Name: Syphilis pigmentosa in der That sehr zutreffend.

3. Diejenigen Autoren, welche die von mir oben ausführlich beschriebene Affection sahen und schilderten, in der Deutung jedoch mehr oder weniger von mir abweichen.

Die meisten halten die dunklen Flecken für die abnormen und sprechen daher auch von einem Pigmentsyphilid. Hardy (Leçons sur les maladies dartreuses, Paris 1868, p. 175) nennt sie direct „Ephélides“. Ihm schliesst sich an Pillon (De la Syph. maculeuse du cou. Gaz. hebd. 48, 1875. Canst. Jahresber. 1855, p. 309), ferner Fournier, welcher dem Syphilide pigmentaire ou éphélique eine ausführliche Besprechung widmet (Leçons cliniques sur la Syph., particulierèment chez la femme. Paris 1881, p. 326—330), desgleichen Drysdale (Pigmentary Syphilide in the female. Med. Soc. of Lond. Lancet p. 730. 1877. — The nature and treatment of Syph. London 1880, p. 74, 75). Berkeley Hill (Pigmentary Syphilide. Lancet p. 826, 1877). Atkinson (The pigment syphiloderm. Arch. of Dermat. 1878. p. 322. Discussion mit Betheiligung von Heitzmann, Duhring, Sherwell, Piffard, Taylor, White. — Chicago med. Journ. and Examiner. Oct. 1878, p. 341) und Campbell (Pigment. Syph. Arch. of Derm. 1878, p. 239).

Alle diese Autoren halten die dunklen Partien für die pathologischen und erklären die Auffälligkeit der weissen Flecke höchstens durch Contrastwirkung. — Dass ich diese Anschauungen nicht theile und aus welchen Gründen, habe ich oben ausführlich genug auseinandergesetzt. — Es ist hauptsächlich, wie erwähnt, der Mangel an genügendem Beobachtungsmaterial, welcher diese Autoren zu ihren Ansichten führte, so dass sie einzelne Stadien herausgriffen, die von der wahren Bedeutung des ganzen Vorgangs natürlich ein richtiges Bild nicht liefern konnten.

Die vorzügliche Tafel z. B., welche Fournier in seinem oben bezeichneten Buche gibt, ist schon ein späteres Stadium des Leucoderma, in welchem die einzelnen (übrigens von vornherein dicht aneinandergestellten) Flecke zum Theil schon confluirt sind. Dass die Farbe seiner „weissen“ Flecke auf der Abbildung dieselben Nuancen, wie die normale Haut zeigen, trifft meiner Ansicht nach nicht ganz zu, obgleich ja in späteren Perioden das Bestehen des Leucoderma mehr und mehr den Farbenton der normalen Haut wieder annimmt.

In allen übrigen Punkten sind die genannten Autoren, wie gesagt, derselben Ansicht wie ich; halten die Affection für ein Zeichen der Syphilis, betonen ihre Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht u. s. w.

Einen abweichenden Standpunkt vertreten G. H. Fox und Taylor, welche das Bild der Pigmentanomalie zwar als Vitiligo, also durch Pigmentverlust, zu Stande gekommen erklären (vergl. namentlich die Abbildung in Fox's Syphilis-Atlas, Taf. IV.; sowie: Arch. of Dermat. 1878, p. 135; On so-called pigmentary Syphilid und Amer. journ. of med. sc. 1878, 15; ferner Taylor: Leucodermatous Spots following Roseola syphil. Arch. of Derm. 1876—77, p. 118, Arch. of Derm. 1878, p. 135 und 325), hingegen den Zusammenhang mit der Syphilis negiren und mehr als zufällige Coincidenz hinstellen. — Auch hier verweise ich zur Vertheidigung meiner Anschauungen auf die obigen Erörterungen.

Fassen wir noch einmal alle diese Beobachtungeu über das Auftreten von Pigmentanomalien bei Syphilis zusammen, so ergeben sich 4 Gruppen:

1. Zurückbleiben starker Pigmentreste an vorausgegangenen Exanthemstellen.
2. Auftreten von abnormen Pigmentflecken durch Syphilis: Syphilis pigmentosa.
3. Leucoderma syphiliticum, d. h. Pigmentverlust an Stellen früherer maculöser und im Anschlusse an papulöse Efflorescenzen.
4. Zufälliger, durch Narben hervorgerufener Pigmentverlust auf Chloasma etc. (Pseudopigmentary Syphilid nach Bulkley.)

Hinzuzufügen ist noch, dass die hier ungenannt gebliebenen Autoren Sigmund, Kaposi, Zeissl, Jullien etc. die beschriebene Pigmentanomalie in ihren Werken fast ganz übergehen.

---

Zum Schlusse möchte ich noch auf den grossen Werth hinweisen, welcher dem Leucoderma für die Aufgaben der Praxis zukommt. Da wir dasselbe als ein charakteristisches Symptom kennen gelernt haben, welches nur der Syphilis angehört, so besitzen wir in demselben einen sehr wesentlichen Behelf für unsere Diagnostik, um so mehr, als dieses Symptom Monate lang

— bis $1^1/_2$ Jahre — persistirt, während die übrigen Erscheinungen der Frühperiode in wenigen Wochen abzuheilen pflegen. Nicht selten ist es uns gelungen, bei Leuten, die kein einziges sicheres Zeichen von Syphilis darboten, die wegen irgend eines anderen Leidens sich vorstellten, auf Grund dieses einzigen Symptoms die — später als richtig bestätigte — Diagnose zu stellen. Namentlich erwies sich noch der Umstand als werthvoll, dass die direct in die Augen fallende Erscheinung des Leucoderma gewöhnlich an einem der Untersuchung leicht zugänglichen Orte auftritt und somit die Diagnose gerade in denjenigen Fällen bequem ermöglicht, bei denen die Untersuchung sonst mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, z. B. bei Ammen, Dienstpersonal etc. Freilich muss hiebei niemals ausser Acht gelassen werden, dass ein negativer Befund nichts beweist, während ein positiver, wie ich glaube, ganz gesetzmässig: Syphilis im frühen Stadium, im ersten oder zweiten Jahre nach der Infection, bekundet.

# Ueber Syphilis haemorrhagica neonatorum.

Von

**Ejnad Petersen,**

em. Secundararzt des städtischen Krankenhauses in Kopenhagen.

Die Blutungen bei Neugebornen sind von verschiedenen, besonders amerikanischen und deutschen Verfassern in Verbindung mit einer bei den Eltern vorhandenen Syphilis gebracht worden. Smith theilt einen Fall mit (New-York Journ. of medic. 1855), Jenkins sieben (Report of spontan. umbilic. haemorrh. of the newly-born, 1858). In Deutschland werden die Blutungen mit der Syphilis von Bärensprung in Verbindung gebracht (Die hereditäre Syphilis, 1864), Epstein (Oesterr. Jahrb. f. Pädiatr., 1876, p. 119), Ritter (Oesterr. Jahrb. für Pädiatr., 1871) etc.[1]). Diese Verfasser stellen jedoch nicht eine besondere Form von Syphilis congenita auf; sie nehmen nur an, dass die Syphilis einen allgemeinen cachektischen Zustand veranlasst hat, welches der eigentliche Grund zu den Blutungen gewesen ist. Ausserdem sind viele der Referate (z. B. Jenkins) sehr unvollständig und in anderen liegt es weit näher, eine andere Ursache anzunehmen, z. B. in Ehrenhaus's[2]) Fall, wo das Kind, dessen Mutter syphilitisch war, Nabelblutung und Blutung nach durchgeschnittenem Zungenbändchen hatte, aber dessen Grossvater und Onkel, mütterlicher Seite, hämophil waren. Behrend war der erste, welcher eine eigene hämorrhagische Form der congenitalen Syphilis aufgestellt hat, und theilte

[1]) Siehe ausserdem die zahlreichen Literaturangaben bei Weiss: Ueber Nabelbl. d. Neugeb., Prager Vierteljahresschr., 1879, und Ribermont: des Hémorrh. chez le nouveau-né, 1880.

[2]) Tagebl. d. 48. Versamml. d. Naturf. in Graz, 1875, p. 175.

in der Berliner med. Gesellsch. 1877, sieben solcher Fälle mit, für welche er den Namen Syphilis haemorrhagica neonatorum vorschlug.

„Dieselbe charakterisirt sich durch Ecchymosenbildung auf der äusseren Haut, sowie durch Blutungen aus dem Nabelhöcker nach Abfall des Nabelschnurrestes, so dass sich eine Purpura syphilitica und eine Omphalorrhagia syphilitica unterscheiden lasse, die entweder zugleich oder getrennt von einander auftreten und mit profusen Blutungen bei zufälligen Verletzungen verbunden sein können".

In der darauf folgenden Discussion in der Berliner med. Gesellschaft wurde von mehreren Seiten geltend gemacht, dass es nicht sicher wäre, dass die Blutungen in der Syphilis ihren Ursprung hätten, sondern dass ihnen vielleicht andere Ursachen zu Grunde lägen, und unter diesen besonders ein cachektischer Zustand bei dem betreffenden Patienten. Später hat Deahna einen ähnlichen Fall mitgetheilt, wo sich Blutungen bei einem Kinde aus Nabel, Mund und unter der Haut zeigten, welche, wie er annimmt, von Syphilis herrühren, da es gleichzeitig andere Zeichen dieser Krankheit trug. M. Weiss[1]) hat auch zwei ähnliche Fälle mitgetheilt.

Im städtischen Krankenhause in Kopenhagen habe ich Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, wo man gleichfalls hätte geneigt sein können, die Diagnose auf Haemorrhagia syphilitica zu stellen, wenn die Section nicht eine ganz andere Ursache erwiesen hätte, welcher möglicherweise für einen grösseren Kreis Interesse haben könnte, da er zeigt, dass man die Diagnose auf Hämorrhagien von syphilitischer Natur nicht stellen darf, ehe alle andere Ursachen ausgeschlossen sind.

Hans Rudolf P., 9 Tage alt, wurde am 8. Mai 1882 aufgenommen, starb am 23. Mai. Die Mutter wurde vor 4 Jahren in der vierten Abtheilung des Krankenhauses wegen eines ersten Ausbruches von Syphilis behandelt. Sie wurde mit Dec. Sassaparillae behandelt, da sie eine mercurielle Behandlung nicht vertragen konnte. Später

[1]) Prager Vierteljahresschr., 1879.

hatte sie wiederholte Recidive, bestehend in maculösen und papulösen Exanthemen, die letzte Recidive vor zwei Jahren. Vor zwei Jahren gebar sie ein Kind, welches 7 Tage alt an Syphilis starb. Jetzt ist kein Zeichen von Syphilis an ihr zu bemerken. Das Kind wog bei der Geburt 3050 Gram. Schon am sechsten Tage bemerkte man Blut im Stuhl, und das Kind fing an zu atrophiren. Bei der Aufnahme fand sich Blut im Stuhl, es war kein Zeichen von Syphilis da. Die Nabelschur war abgefallen, es fand sich noch eine unbedeutende feuchte Fläche. Während seines Aufenthaltes im Krankenhause wurde das Kind von seiner Mutter genährt, eine Erhöhung der Temperatur war nicht wahrzunehmen, aber es atrophirte beständig.

11. Mai. Es zeigte sich ferner Blut im Urin, sein Gewicht hatte sich bis auf 2550 Gram vermindert.

13. Mai. Es stellte sich Nasenblutung ein; auf der linken Schulter kam eine kleine Ecchymose zum Vorschein; fortdauernd Blut im Urin und Stuhl; am selben Tage fand eine ziemlich starke Nabelblutung statt.

15. Mai. Seitdem nur unbedeutende Nabelblutung, aber über den ganzen Körper zerstreut finden sich nun bläuliche decolorirte Flecke, desgleichen auf dem Gaumen.

16. Mai. Die Ecchymosen nehmen an Grösse und Anzahl zu; der Urin und Stuhl weniger blutig; wieder unbedeutende Nasenblutung.

17. Mai. Nur unbedeutend Blut im Urin und Stuhl; die Ecchymosen beständig im Zunehmen; in der Mitte von einigen hat sich ein erbsengrosser, rother, empfindlicher Knoten gebildet, wie eine beginnende Abscedirung. Der Zustand blieb unverändert bis das Kind am 23. Mai starb.

Dieser Fall war also ziemlich unklar; man hätte ebenso gut die Diagnose auf Haemorrhagia syph. neon. stellen können, als bei mehreren der anderen, z. B. von Behrend und Deahna angeführten Fälle von hämorrh. Syphilis, bei welchen keine Section vorliegt. In meinem Falle klärte jedoch die Section die Sache auf, und zeigte, dass die Ursache der Hämorrhagien eine ganz andere war, und zwar eine solche, auf die man nicht leicht verfallen wäre, da keine weiteren Symptome dazu vorhanden waren.

Aus dem Sectionsprotokolle (Herr Prosector Tscherning) entnehme ich Folgendes:

Das Herz sehr blass, das Endocardium und die Klappen gesund; keine Blutungen. Die Lunge im ganzen luftgefüllt, blass, unter der Pleura nimmt man an einzelnen Stellen kleine Blutungen wahr. In beiden Lungenlappen, im obersten sowohl, als im untersten, finden sich Stellen von der Grösse einer Haselnuss, wo das Gewebe luftleer ist, von ziemlich fester Consistenz, in der Mitte gräulich gelb, im Umkreise injicirt; einzelne der genannten Stellen haben die Form eines Keils mit der Basis nach der Pleura. Ausserhalb derselben sieht man sowohl auf der Schnittfläche als auf der pleuralen Seite weissgelbe Punkte, welche hier und da die ganze infarcirte Stelle wie ein Netz von verzweigten Linien umgeben. Die Leber von natürlicher Grösse, die Oberfläche glatt, die Consistenz sehr schlaff, etwas weich; die Milz normal. Das Gehirn sehr blass, keine Blutungen. Die Nieren gross, gelappt, die Kapsel leicht abzuziehen; die Oberfläche glatt, an einzelnen Stellen frische, an anderen Stellen ältere Blutungen. Die Umbilicalvene ist nicht vollständig geschlossen, enthält einen Thrombus, der in der Nähe des Nabels purulent, hinfällig ist.

In den mikroskopischen Präparaten, die von den Lungen und Nieren genommen wurden, und die mit Methylviolet gefärbt wurden, wurden die Gefässe der infarcirten Stellen von Haufen von Mikrococcen vollständig thrombosirt gesehen.

Die Sache war also nach der Section klar: Das Kind war an einer septischen Infection mykotischer Natur gestorben. Das Kind hatte auf irgend eine Weise eine septische Umbilical-Phlebitis bekommen, die in der ersten Woche seines Lebens aufgetreten war, übereinstimmend mit dem, was die betreffenden Autoren über diese Sache geschrieben haben. Von der Thrombose der Umbilicalvene waren Embolien in die Lungen gekommen, wovon die keilförmigen, hämorrhagischen Infarcte entstanden waren, die wegen vorhandener Mikrococcen anfingen, von einer Eiterzone umspannt zu werden, das heisst anfingen dissecirende Infarcte zu werden. Die Organismen waren in dem grossen Kreislaufe von dem Blutstrome weiter geführt worden, und hatten wegen ihrer deletären Einwirkung auf die Gefässwände die zahlreichen Blutungen in der Haut und anderswo verursacht, ebenso wie sie sich in den Vasa recta der Nieren aufgehäuft hatten.

Es liegen ja zahlreiche Berichte von solchen Blutungen vor, und ihre Aetiologie ist vom klinischen Standpunkte von v. Rit-

ter [1]), vom anatomischen von Klebs [2]) schon vor einem Decennium festgestellt, und seitdem ist die Kenntniss dieser Blutungen durch zahlreiche Abhandlungen weiter ausgedehnt worden. Nichts desto weniger werden sie gewiss noch oft falsch gedeutet, welches sich mit ihrem im Ganzen seltenen Erscheinen leicht erklären lässt; es liegt eine überwältigende Menge von Fällen aus Prag vor, dagegen aus anderen Ländern [3]) beinahe keine, hier in Dänemark scheinen sie z. B. äusserst selten zu sein.

Wie angeführt, wurde dem Vortrage Behrend's gleich mit einigem Widerstande begegnet, und die anderen publicirten Fälle bedürfen auch einer Kritik. Von den von Behrend mitgetheilten sieben Fällen waren die zwei Kinder sehr cachektisch; ein drittes ist „gleich nach der Geburt nach vergeblichen Athembewegungen" gestorben, hier liegt es also weit näher anzunehmen, dass die Blutungen wegen der Respirationsstörungen auftraten. Von den zwei Fällen Weiss' hatte das eine Kind eine interstitielle syphilitische Leberentzündung, das Kind starb an einer Nabelblutung, hatte aber sonst keine Blutungen. Die Blutung lässt sich also hier von der gehinderten Circulation in der Pfortader herleiten [4]). Das andere Kind war asphyktisch und starb am 3. Tage; hiermit übereinstimmend fanden sich zahlreiche Blutungen in der Oberfläche der Lungen und auf dem Körper, was also sehr wahrscheinlich seinen Grund in der bei der Section gefundenen Atelektase der Lungen gehabt hat. Den Fall Deahna's betreffend liegt kein Sectionsbericht vor. In der That bleiben nicht viele Fälle übrig, wo nicht andere gleichzeitig auftretende Krankheiten ebenso gut für die Ursache der Blutungen angenommen werden können, und die wenigen Fälle, wo solche nicht nachgewiesen sind, schliessen nicht die Möglichkeit ihres Vorhandenseins aus.

---

[1]) Oesterr. Jahrb. f. Pädiatr., 1872.

[2]) Aerztlich. Corresp., 1874.

[3]) In dem sehr vollständigen Werke Ribemont's findet sich kein einziger französischer Fall referirt.

[4]) Ein ganz ähnlicher Fall wird von Ribemont referirt (l. c. p. 117), der die Mittheilung Lancéreaux verdankt; es war ein Kind von einer syphilitischen Mutter geboren; es starb 13 Tage alt an einer Nabelblutung; es war interstitielle Leberentzündung, Vergrösserung der Milz, was Lancéreaux für die directe Ursache der Blutung hält.

Wenn man nun nachweisen könnte, dass die an congenitaler Syphilis leidenden Kinder entweder an einer bestimmten Blutanomalie oder an charakteristischen Gefässleiden litten, würde die Wahrscheinlichkeit für die Disposition zu Blutungen gross sein, aber eben dafür liegt noch kein sicherer Beweis vor. Behrend geht von einer fehlerhaften Beschaffenheit des Blutes aus, die eine leichte Zerreissbarkeit der Gefässwände veranlassen soll, er stellt es aber nur als eine Theorie auf, ohne sich auf eine nähere Untersuchung über deren Richtigkeit einzulassen.

Sucht man aber in der Literatur, wird man finden, dass folgende Verfasser Beiträge, diese Sache betreffend, geliefert haben: Oedmansson (Nord. med. Archiv, I., 1869), Winckel (Bericht. u. Stud. aus dem kgl. sächs. Entbindungs-Institut, p. 307), Birch-Hirschfeld (Lehr. d. path. Anat.), Schütz (Zur Anatomie d. Syph. d. Neugeb., in Beitr. z. path. Anat. v. Klebs, 2. H., p. 92). Oedmansson ist der erste, der eine genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes in den Nabelarterien syphilitischer Kinder gegeben hat; er theilt fünf Fälle mit. In allen denselben fanden sich bedeutende Veränderungen der Gefässe des Nabelstranges. „In der Intima war vermehrter Zellenreichthum, besonders in dessen äusserstem Theile; die Zellen enthielten oft Fettkörnchen.“ Er fasste es als einen atheromatösen Process auf; und wo er am meisten vorgeschritten war, bestand die Intima beinahe nur aus einer Menge von Kalkschalen; ausserdem fanden sich mehr oder weniger bedeutende Thrombosen in den Hauptgefässen und Zweigen. Beinahe in derselben Weise wird der Process von Winckel geschildert. Birch-Hirschfeld bestätigt den Befund auch in Betreff der Nabelvene, er fasst aber den Process als einen mit der Heubner'schen Endarteriitis analogen Process auf.

Erwägt man alle die erwähnten Fälle, so wird man finden, dass in allen das leidende Gefäss von einem Thrombus verstopft war. Oedmansson sagt: „wahrscheinlich hat die Veränderung in der Wand die Thrombose hervorgerufen“. Hätte er aber seine Untersuchungen ein wenig weiter auch auf thrombosirte Nabelarterien nicht syphilitischer Kinder ausgedehnt, so hätte er ganz dasselbe Bild gefunden; er hat Ursache und Wirkung verwechselt; in der That hat die Thrombose die Entzündung des Gefässes hervorgerufen, es ist die Arteriitis, welche die erste Bedingung der

„Organisation des Thrombus“ ist, und sie ist kein Zeichen eines specifischen Leidens des ganzen Organismus.

Der Fall Schütz's betrifft einen, von einer syphilitischen Mutter geborenen, sieben Monate alten Fötus, der $^1/_4$ Stunde nach der Geburt starb; er fand Zellwucherungen in verschiedenen Organen, interstitielle Gewebevermehrung im Pancreas und einen allgemeinen Hydrops. Die Wände in den kleinen Arterienzweigen, namentlich der Haut, aber auch der inneren Organe waren degenerirt, indem die Muscularis hypertrophisch war, und die Adventitia zu einer aus concentrischen Ringen bestehenden fibrösen Masse verdickt war. Die Intima war intact. Das die Adventitia umgebende Gewebe war mit Zellen infiltrirt, und sowohl in der Haut, wie in andern Organen waren zahlreiche Hämorrhagien. Wie man sieht, stimmt diese Beschreibung der Gefässwände weder mit der von Oedmansson gefundenen Arteriitis, noch mit der Heubnerschen Arteriitis überein, indem Schütz die Intima gerade intact fand. Diese Form stimmt dagegen weit besser überein mit der Arteriitis, die in interstitiell entzündeten Organen gefunden wird, z. B. in der Nierenatrophie[1]), was auch ganz natürlich ist, weil die inneren Organe des Fötus eben entzündliche Wucherungen zeigten, und die Haut im hohen Grade hydropisch war. In diesem Falle ist man also auch nicht genöthigt, eine besondere syphilitische Arteriitis anzunehmen, vielmehr eine Arteriitis obliterans (Friedländer[2]). Auch Cornil macht in seinen Leçons sur la Syphilis (p. 337) auf diesen Umstand aufmerksam: „On trouve, en effet, dans tout phlegmon chronique, dans toute inflammation chronique scléreuse du tissu conjonctif des lésions secondaires des arterioles absolument semblables à l'arteriite commune“.

Die also noch ziemlich spärlichen Fälle von Entzündung der Gefässwände, die als Beispiele einer Endarteriitis syphilitica bei Neugeborenen veröffentlicht sind, können, wie wir jetzt gesehen haben, vielmehr für secundär, in Folge eines entzündlichen Zustandes inner- oder ausserhalb eines Gefässes angesehen werden. So lange noch keine Beweise für eine primäre syphilitische Arte-

---

[1]) Ewald: Ueber die Veränderungen kleiner Gefässe bei Mb. Brigthii. Virch. Arch., 1877, Bd. LXXI.

[2]) Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1876.

riitis bei Neugeborenen vorliegen, wo alle anderen Momente als Syphilis ausgeschlossen sind, so lange liegt kein Grund vor, eine solche anzunehmen.

Im Ganzen müssen die Mittheilungen in Betreff eigenthümlicher, klinischer oder pathologisch anatomischer Befunde, die in Verhältniss zu Syphilis gebracht werden, mit weit grösserer Vorsicht, als es gewöhnlich der Fall ist, angenommen werden, weil Viele, sobald Syphilis gefunden wird, dieser für alle anderen gleichzeitigen pathologischen Zustände die Schuld zu geben geneigt sind. Ein prägnantes Beispiel dafür ist ein Fall, der von Huber beschrieben wird[1]); er betrifft einen 22jährigen Syphilitiker, bei dem er eine ausgebreitete atheromatöse Degeneration der Arterien und Venen fand, als deren einzige Aetiologie er Syphilis angibt; und doch wurden gleichzeitig andere pathologische Veränderungen gefunden, nämlich amyloide Degenerationen, Nephritis und Phthisis. Wir können uns in der Beziehung vollständig Rosenbach[2]) anschliessen, der von den syphilitischen Herzkrankheiten sagt: „Alle genannten Formen der Erkrankung finden sich auch bei Leuten, die im Leben keine sicheren Symptome der Syphilis geboten haben, und selbst dann, wenn sich die eine oder die andere der erwähnten Texturerkrankungen auf syphilitischem Boden findet, lässt sich der stricte Nachweis, dass beide Leiden in einem ursächlichen Zusammenhange stehen, unseres Erachtens absolut nicht führen".

Es scheint mir also, dass bis jetzt noch kein Grund vorliegt, anzunehmen, dass congenitale Syphilis eine hämorrhagische Diathese mit sich führen könnte. Die dafür angeführten Beispiele sind nicht überzeugend, und die pathologische Anatomie zielt auch nicht nach der Richtung hin. Congenitale Syphilis kann natürlich indirect den Anlass zu Blutungen geben, theils bei der von ihr erzeugten Cachexie, die eine leichtere Zerreissbarkeit der Gefässe bewirken kann, theils bei von ihr erzeugten Organleiden, in Folge welcher Blutungen entstehen können. Ein solches Beispiel haben wir schon in dem einen Falle von Weiss und in dem analogen von Lancéreaux gesehen. Ich selbst sah auch

[1]) Virch. Arch., LXXIX, p. 537.

[2]) Realencyklop. d. gesammt. Heilk., Bd. 6, p. 481.

jüngst ein Kind mit congenitaler Syphilis, das wegen einer anwesenden Lebersyphilis Intestinalblutungen bekam. Es wurde anscheinend gesund am 1. Juli 1883 geboren, in der dritten Woche brach auf den Extremitäten eine dicht gedrängte Eruption von Papeln aus, im Gesichte mehr zerstreut; einige Tage später kamen Pemphigus-Blasen auf den Fusssohlen und Handflächen, und es wurde leicht ikterisch. Im Laufe von drei Wochen schwanden alle diese Symptome unter einer leichten mercuriellen Behandlung. Am 23. August bekam das Kind plötzlich eine starke Diarrhöe und wurde stark ikterisch; die Leber war geschwollen. Am 26. zeigte sich Blut im Stuhle, ebenfalls am 27., die Diarrhöe dauerte fort und das Kind collabirte und starb am 29. Bei der Section wurde die Leber vergrössert, sehr fest, die Schnittfläche marmorirt gefunden; in dem rechten Lappen ein charakteristischer Gummaknoten mit weisslichen Schwielen nach verschiedenen Richtungen. Einen ganz analogen Fall hat Lancéreaux Ribemont mitgetheilt (l. c., p. 182). Diese auf indirecte Weise entstandenen Blutungen berechtigen doch kaum, eine Syphilis haemorrhagica neonatorum aufzustellen.

# Beiträge zur Frage der Excision der syphilitischen Initialsclerose.

Von **Dr. Eduard Schiff** in Wien.

---

In erfreulichem Gegensatze zu den früher von den meisten hiezu berufenen Factoren an den Tag gelegten Zweifeln bezüglich des Werthes der Excision der syphilitischen Initialsclerose scheint es, dass in den letzten Jahren ein stets weiter um sich greifender Umschwung der Anschauungen sich vollzieht. Die Syphilidologen fangen an, sich mit dieser Frage eingehender zu beschäftigen und fördern zum grossen Theile Resultate zu Tage, die jeden Unbefangenen aufmuntern müssen, die Experimente fortzusetzen, da noch so viele negative Resultate in einer Frage von so einschneidender Bedeutung nicht im Stande sind, den Werth auch nur weniger positiver Erfolge zu paralysiren. Wenn irgendwo in der experimentellen Therapie ist der Ausspruch in der uns hier beschäftigenden Frage berechtigt, dass Ein positiver Erfolg beweiskräftiger ist als hundert negative.

Als langjähriger Assistent des Prof. Auspitz, dem ich auch an dieser Stelle für sein warmes Entgegenkommen und seine freundschaftliche Anregung meinen innigsten Dank sage, war ich schon Zeuge seiner ersten Versuche, und nicht gedankenloses „Jurare in verbum magistri“ ist es, das mich veranlasst, mein Scherflein in dieser Frage beizutragen. Musste ich mir doch von allem Anfange an sagen, dass die Leichtigkeit und relative Harmlosigkeit der fast unblutigen Operation, die füglich als ein ganz kleiner und unbedeutender Eingriff bezeichnet werden kann, in durchaus keinem Verhältnisse stehe zu dem zu erwartenden Gewinn und dass, wenn ich auch nichts anderes zu erreichen gewär-

tigen durfte, ich doch zum mindesten den Patienten von einem Geschwüre befreie, das demselben in hohem Grade lästig ist, und dafür eine kleine Hautwunde substituire, die fast in allen Fällen nach kürzester Frist per primam heilt. Meine Erfahrungen haben mich jedoch gelehrt, dass dies der geringste Vortheil der Excision ist, dass sie vielmehr in Wahrheit das ist, was ihr eifrigster Propagator von ihr behauptet, nämlich eine mächtige Waffe in der Hand des Arztes, den Schanker nicht nur rasch zur Heilung zu bringen, sondern — wo sie rechtzeitig vorgenommen wird — eine constitutionelle Syphilis zu verhindern, oder dieselbe mindestens zu zwingen, in milderer Form zu verlaufen.

Zur Erhärtung des Gesagten will ich über die von Prof. Auspitz unter meiner Assistenz oder von mir selbst in den letzten Jahren an der allgemeinen Poliklinik ausgeführten Excisionen berichten und hieran die erklärende Bemerkung knüpfen, dass ich von sämmtlichen 32 hieher gehörigen Fällen ausführlich die Krankengeschichten von nur 9 Fällen anführe, die ein unzweifelhaft günstiges Resultat ergaben. Von den übrigen erachte ich 5, deren Beobachtungszeit mir noch zu kurz erscheint, um aus ihnen positive Schlüsse zu ziehen, obwohl sie zu den besten Hoffnungen berechtigen, als zur Publication noch nicht reif. In 13 weiteren Fällen traten secundäre Erscheinungen auf, und zwar waren dies ausnahmslos solche, die bereits deutliche Scleradenitis inguinalis zeigten, als die Operation vorgenommen wurde. Diese Erscheinungen beschränkten sich meistentheils auf ein maculo-papulöses Hautsyphilid mit leichten Mundaffectionen. Sie waren jedoch, so weit meine Beobachtung bis heute reicht, in der Regel so milde, dass ein einmaliger Turnus von subcutanen Injectionen von Sublimat (25), verbunden mit localer Behandlung, hinreichte, um dieselben zum Schwinden zu bringen. — Die fünf weiteren operirten Fälle wurden einer fortgesetzten Beobachtung dadurch entzogen, dass die betreffenden Patienten nicht mehr auf die Poliklinik kamen und auch nicht mehr aufzufinden waren.

Bevor ich auf die Schilderung der einzelnen Krankengeschichten eingehe, bemerke ich, dass die Operation öfters auch dann vorgenommen wurde, wenn bereits eine indolente Leistendrüsenschwellung vorhanden war. Der Umstand, dass diese Drüsen indolent waren, wird einerseits den Zweiflern wohl genügen, um

ihnen darzulegen, dass es sich um eine wirkliche Sclerose handelte, andererseits aber ergab die genaue klinische Beobachtung, dass diese Drüsenschwellungen nach der Excision abnahmen, um endlich ganz zu schwinden, was wiederum als Beweis dafür gelten kann, dass diese Drüsenschwellungen localer Natur sind und nicht als Ausdruck einer constitutionellen Syphilis aufgefasst werden dürfen.

Was jene Fälle betrifft, in welchen nach der Operation secundäre Erscheinungen auftraten, erlaube ich mir die Bemerkung hier einzuflechten, dass nach meinen nicht unbedeutenden Erfahrungen Recidiven bei Patienten, die nicht abortiv behandelt wurden, niemals so mild und attenuirt verlaufen. Es genüge nach dieser Richtung die Constatirung der Thatsache, dass in allen solchen Fällen es blos eines einmaligen medicamentösen Eingriffes, der oft nur localer Natur war, bedurfte, um die secundäre Erscheinung gänzlich zum Schwinden zu bringen, ein Umstand, der, wie mir jeder erfahrene Syphilidologe wohl zugestehen wird, sonst zu den allergrössten Seltenheiten gehört.

Dieser milde Verlauf der secundären Erscheinungen bei der Abortivbehandlung wird von fast allen jenen Autoren bestätigt, welche Excisionen vorgenommen haben. Es würde dies wieder als ein bedeutendes Moment für die parasitische Natur des syphilitischen Virus aufgefasst werden müssen, indem selbst bei nicht totaler Elimination der Krankheitserreger doch die Quantität bedeutend vermindert und daher auch die Intensität der Krankheit selbst herabgesetzt würde.

Leider ist die Möglichkeit einer Vornahme der Excision eine sehr beschränkte, da sich hiezu nur jene Fälle von Initialsclerose eignen, wo das Geschwür vollkommen isolirt und von seiner Unterlage in einer Hautfalte vollkommen abhebbar ist. Erfahrungsgemäss ist in den meisten Fällen der Sitz der Sclerose die Corona glandis u. zw. in der Art, dass das Geschwür sich in das spongiöse Gewebe der Eichel selbst weiterfrisst, wodurch eine totale Exstirpation beinahe unmöglich oder zum mindesten nicht mehr controlirbar wird. Dass in solchen Fällen eine Excision der Sclerose zwecklos wäre, liegt auf der Hand.

Was die Technik der Operation betrifft, wurde dieselbe in möglichst einfacher Weise ausgeführt. Sie ergibt sich beinahe von

selbst. Sie wurde unter antiseptischen Cautelen in der Weise vorgenommen, dass eine grosse Hautfalte, welche die Sclerose umschloss, in eine Sperrpincette gefasst und mittelst einer Hohlschere unter der Sperrpincette abgetragen wurde. Die Hilfe eines Assistenten ist bei der Leichtigkeit der Operation in den meisten Fällen entbehrlich. Blutung tritt nur selten ein und ist — wenn vorhanden — in der Regel normal und leicht stillbar. Früher wurden Nähte angelegt; um aber die Dauer der Operation abzukürzen und jedes eventuell schädliche Element zu vermeiden, wurde das Verfahren in der letzteren Zeit in so weit vereinfacht, dass unmittelbar nach der Operation die Wunde mit einem Stück Jodoformlint verbunden wird, welcher Verband einige Tage liegen bleiben kann. Auch in diesen Fällen erfolgt eine rasche und prompte Heilung ohne weitere Complicationen und ohne Zurücklassung einer grösseren Narbe.

Schliesslich erachte ich es für nöthig ausdrücklich zu betonen, dass ich den Zeitangaben der Patienten über letzten Coitus und erstes Auftreten des Primäraffectes immer das grösste Misstrauen entgegenbringe, eingedenk des Ausspruches Sigmund's: Omnis syphiliticus mendax. Die Erfahrung hat mich gelehrt, dass man selbst bei willigen und intelligenten Patienten selten die Wahrheit erfährt und dass Alle im besten Falle die Antwort nach der Frage und nicht auf die Frage richten.

1. Fall. A. K. 18 Jahre alt, Friseur, stellte sich auf der Poliklinik am 24. October 1877 unter Protokoll-Nummer 2139 mit folgendem Status vor: Auf dem Rücken des Penis befand sich ein halbkreuzergrosses Geschwür, dessen sammtartig excoriirte Oberfläche und papierblattähnliche Härte an der Basis das Aussehen eines sogenannten Pergamentschankers darbot. Derselbe liess sich mit der Haut leicht verschieben und in einer Falte aufheben. Sämmtliche Leistendrüsen, besonders rechts, indolent geschwellt. Das Individuum, sonst gesund und kräftig, gibt an, vor drei Wochen den letzten Coitus ausgeführt zu haben. Die Excision wurde am selben Tage vorgenommen und die Wunde mit vier Nähten verbunden. Nach acht Tagen war die Heilung bereits eine vollständige, und es hatte sich an Stelle der gesetzten Wunde eine lineare Narbe gebildet. Am 12. November wurde eine leichte Roseola, sowie Excoriationen an der Mundschleimhaut

constatirt, woraufhin dem Patienten vom 23. November 1877 bis 12. Januar 1878 20 Sublimatinjectionen — je eine einen Cubikcentimeter Flüssigkeit enthaltende Spritze einer einpercentigen Sublimatlösung — applicirt wurden. Ausserdem wurden die Erosionen im Munde mit Lapis touchirt. Unter dieser Behandlung schwanden die Erscheinungen, und es sind seit dieser Zeit an diesem Individuum, welches ich alljährlich zu wiederholten Malen sah, zuletzt am 26. September d. J., keine weiteren Erscheinungen aufgetreten.

Die Geschichte dieses Falles deutet darauf hin, dass derartig mild verlaufende und so lange Zeit ohne Recidive verbleibende Fälle zu den grössten Seltenheiten bei nicht abortiv behandelten Patienten gehören, während sie, wie es noch weitere hier zu veröffentlichende Krankengeschichten demonstriren sollen, nach der Excision den Charakter der Seltenheit verlieren.

2. Fall. J. D. 24 Jahre alt, Beamter (Protokoll-Nummer 2206) suchte am 8. November 1878 Hilfe auf der allg. Poliklinik. Derselbe hatte in Lamina int. praeputii links eine erbsengrosse, nicht deutlich exulcerirte Sclerose, die leicht verschiebbar und von der Basis leicht abhebbar, zur Excision exquisit geeignet war. Die Sclerose bestand angeblich seit 4 Wochen, letzter Coitus fand vor 5 Wochen statt. Leistendrüsen waren nicht merklich geschwellt. Die Excision wurde vorgenommen und 3 Nähte angelegt. Die Wunde heilte zum grössten Theile per primam. Am 3. December vollständig geheilt, bot sie eine lineare ganz weiche Narbe dar. Am 14. Jänner 1879 erscheint Patient abermals mit zwei oberflächlichen Excoriationen in der Nähe der Narbe, die er bei einem Coitus am 1. acquirirte und die nach wenigen Tagen in Folge localer Behandlung heilten. Seitdem nie weder locale noch allgemeine Erscheinungen aufgetreten. Zuletzt habe ich ihn im September des laufenden Jahres gesehen.

Vorliegender Fall dürfte als typisches Beispiel einer vollständigen Elimination der Causa morbi angesehen werden können, indem in beinahe fünf Jahren sich nicht die geringste secundäre Erscheinung zeigte.

3. Fall. M. K. 32 Jahre alt, Commis, erschien am 15. April 1878 in der Poliklinik (Prot. Nr. 664) mit einer nicht exulcerirten Sclerose am inneren Präputialblatte, die angeblich seit fünf Tagen bestand. Letzter

Coitus vor 14 Tagen. Die Leistendrüsen waren beiderseits, besonders rechts, geschwollen. Die Excision wurde sofort vorgenommen und die Wunde vernäht. Am 18. April wurden die Nähte gelöst, wobei constatirt werden musste, dass die Ränder der Excisionswunde etwas infiltrirt waren. Die Heilung erfolgte in Folge dessen nicht vollständig per primam, sondern zum geringen Theile durch schwache Eiterung, war jedoch am 18. Mai bereits eine vollständige. Am. 28. August wurden über dem ganzen Körper zerstreut einige schwache, linsenartige Knötchen und an der Mundschleimhaut, besonders an der des weichen Gaumens einige seichte Geschwüre beobachtet. Allgemeine Behandlung wurde nicht eingeleitet, blos die Mundgeschwüre mit Lapis durch einige Wochen touchirt. Am 1. October waren auch diese, übrigens kaum nennenswerthen Erscheinungen geschwunden und bis zum heutigen Tage ist nichts weiter aufgetreten.

Trotzdem sich mir in diesem Falle die begründete Vermuthung aufdrängt, dass die hier beschriebenen, nach der Excision aufgetretenen Erscheinungen als zufällige, unter anderen Vorbedingungen kaum beachtenswerthe und nicht als secundäre Syphiliserscheinungen aufzufassen wären, will ich mich dennoch auf letzteren Standpunkt stellen, um, selbst diese ungünstigere Alternative supponirt, auf den überaus milden Verlauf der Allgemeinerkrankung ohne folgende Recidive hinzuweisen.

4. Fall. L. H., 36 Jahre alt, Optiker (Prot. Nr. 812), der angibt, den letzten Coitus vor 14 Tagen ausgeübt zu haben, zeigt am 8. Mai 1879 am inneren Präputialblatte ein exulcerirtes Geschwür mit hartem Rande und ebensolcher Basis, welches seit 7 Tagen bestehen soll. Ausserdem finden sich im Sulcus coronae glandis eine Anzahl confluirender phagedänischer weicher Geschwüre. Einzelne Leistendrüsen geschwellt und bei Druck empfindlich. Da wir wiederholt die Erfahrungen gemacht hatten, dass derlei Geschwüre bei gleichzeitiger Anwesenheit einer Sclerose später oft gleichfalls hart werden können, wurden vorläufig sowohl das harte als auch die weichen Geschwüre mit Empl. hydrarg. belegt. Diese Eventualität trat jedoch in diesem Falle in den nächstfolgenden Tagen nicht ein, und da befürchtet werden musste, dass bei einem längeren Aufschube die Excision verspätet vorgenommen werden könnte, wurde dieselbe am 12. Mai gemacht. Die Wunde wurde nicht genäht, ein Carbolverband angelegt und die weichen Geschwüre

wieder mit Empl. hydr. behandelt. Leistendrüsenschwellung war geschwunden. Am 30. waren sowohl die Wunde, als auch die weichen Geschwüre geheilt. Nach einigen Monaten heirathete dieser Mann und bekam im Juli des Jahres 1880 ein Kind, das heute mehr als 3 Jahre alt, gesund und kräftig ist und niemals krank war. Auch der Vater hatte in der Zwischenzeit nicht die geringste Erscheinung.

Dem eventuellen Vorhalte, dass es sich in diesem Falle nur um ein weiches Geschwür gehandelt habe, das auch ohne Excision denselben Verlauf genommen hätte, begegne ich mit der ganz entschiedenen Versicherung, dass es hier wie in allen von uns beschriebenen Excisionsfällen eine zweifellose Sclerose gewesen, die excidirt wurde, und dass ein Irrthum in der Diagnose selbst für den Mindergeübten auszuschliessen war. Bemerkungen über eine hier gänzlich fehlende Heredität will ich, trotzdem sich welche hieran knüpfen liessen, unterlassen, um die mir gezogenen Grenzen nicht ohne Noth zu erweitern.

5. Fall. F. N. 24 Jahre alt, Schuhmacher (Prot. Nr. 1668), zeigte am 1. Sept. 1879, nachdem er angeblich vor 4 Wochen den letzten Coitus ausgeführt hatte, am inneren Präputialblatte eine seit angeblich 14 Tagen bestehende sehr flache, circa $1^1/_2$ Ctm. lange exulcerirte Sclerose von ovaler Gestalt. Beiderseits geringe indolente Leistendrüsenschwellung. Die Excision wurde am 2. September vorgenommen, wobei eine kleine arterielle Blutung auftrat, die mittelst Ligatur gestillt wurde. Hierauf wurden drei Nähte angelegt. Am 4. wurden letztere abgenommen, die Wunde fast ganz geschlossen und ein leichtes Oedem der Wundränder so wie links schwache indolente Leistendrüsenschwellung gefunden. Am 8. war die Wunde vollständig geschlossen. Am 12. zeigte sich eine geringe Härte an der Narbe, die bis zum 19. derart zunahm, dass sie den Eindruck machte, als ob die Sclerose recidivirt hätte. Es wurde Empl. hydrarg. auf dieselbe gelegt und wurde nun eine Zeitlang zugewartet, ob sich nicht secundäre Erscheinungen einstellten, welche jedoch mit Ausnahme einer starken Angina tonsillaris nicht auftraten. Trotzdem wurden 25 subcutane Sublimatinjectionen applicirt u. zw. in der Zeit vom 6. October bis 4. December. Die Härte an der Narbe schwand während dieser Zeit, ebenso die Drüsenschwellung. Bis zum heutigen Tage sind keine wie immer Namen habende Erscheinungen aufgetreten.

Die antisyphilitische Behandlung wurde in diesem Falle lediglich als Prophylaxe in Gebrauch gezogen, und dass sie von günstigen Resultaten begleitet war, lehrte die Folge, indem nach fast drei Jahren nicht die geringste Recidive aufgetreten ist.

6. Fall. F. S. 24 Jahre alt, Drechsler (Prot. Nr. 1895), hat seit 14 Tagen am inneren Blatte des Präputiums, nahe der Corona glandis, auf der rechten Seite des Penis eine erbsengrosse und ebenso geformte, leicht umgreifbare Sclerose mit fast knorpelharter Basis und leicht exulcerirter Oberfläche. Letzter Coitus hat angeblich 8 Tage vorher stattgefunden. Die Leistendrüsen nicht geschwellt. Am 8. October 1879 wurde die Excision vorgenommen, und seit dieser Zeit sind absolut keine specifischen Erscheinungen bei dem Patienten, den ich das letzte Mal vor einigen Wochen examinirte, aufgetreten.

Dieser Fall ist ebenfalls typisch und bedarf keines weiteren Commentars.

7. Fall. J. B. 29 Jahre alt, Conducteur (Prot. N. 1918), der am 28. October 1881 die Poliklinik aufsuchte, gibt an, den letzten Coitus vor 5 Wochen ausgeführt und zuerst vor 3 Wochen ein „Wimmerl" am Gliede bemerkt zu haben, das er selbst aufdrückte. Bei der ersten Inspection sah man denn auch in Lamina ext. praeputii links eine übererbsengrosse, kreisrunde, durchaus exulcerirte Sclerose, die mit der Haut des Präputiums vollkommen verschiebbar und von ihrer Oberfläche abhebbar war. Leistendrüsen waren durchaus nicht geschwellt. Die Excision wurde sofort vorgenommen, die Wundränder aneinandergelegt, ein Carbolverband applicirt, und nach drei Tagen war die Wunde vollkommen per primam geheilt. Der Mann hatte bis heute nie secundäre Erscheinungen.

Dieser Fall kann ebenfalls als Paradigma dienen, und ist ein Zweifel, dass es sich um eine Sclerose gehandelt, entschieden unzulässig.

8. Fall. A. K. 30 Jahre alt, Tischler (Prot. Nr. 2075), liess, als er sich am 29. November 1881 auf der Poliklinik vorstellte, am Limbus praeputii, genau an der Uebergangsstelle des äusseren in das innere Blatt, entsprechend der Mittellinie am Rücken des Gliedes, ein kreisrundes, fast linsengrosses Geschwür mit etwas erhabenen Rändern, graulich verfilztem Belage und derber Consistenz erkennen, das seit 10 Tagen

bestehen und 8 Tage nach dem letzten Coitus aufgetreten sein soll. Die Leistendrüsen waren nicht geschwellt. Die Excision wurde sofort vorgenommen, die Wunde nicht vernäht, dafür ein Jodoformverband angelegt. Die Wunde heilte nicht per primam, war jedoch nach einigen Wochen geschlossen, so dass in den ersten Tagen des Januar 1882 eine vollkommen weiche, lineare Narbe an Stelle des Geschwürs sich etablirt hatte. Einige Zeit später, zwischen 15. und 20. Januar, war eine suspecte Marmorirung der Haut bemerkbar, und wurde deshalb durch einige Zeit interne Sublimat gegeben. Es traten jedoch gar keine weiteren Erscheinungen auf, die Marmorirung schwand nach kurzer Zeit und bis heutigen Tags hat sich absolut kein Symptom einer constitutionellen Syphilis manifestirt.

Auch in diesem Falle kann ich der aufgetretenen Veränderung auf der Haut nicht den Werth einer secundären Erscheinung beimessen, und schliesse ich aus dem absoluten Mangel jedes consecutiven Symptoms auf den nicht abzuläugnenden Erfolg der Operation.

9. Fall. K. B. 32 Jahre alt, Friseur (Prot. Nr. 50), gibt an, vor 4 Wochen den letzten Coitus ausgeführt zu haben und seit 3 Wochen ein Geschwür am Gliede zu bemerken. Die Untersuchung ergibt am Limbus praeputii ein fast bohnengrosses, längliches, auf deutlich umschriebener harter Basis ruhendes, bis fast an die Eichel reichendes und mit aufgeworfenen Rändern umsäumtes, speckig belegtes Geschwür. Die Leistendrüsen waren nicht geschwellt. Die Excision wurde noch am selben Tage — 10. Januar 1882 — vorgenommen. Da eine leichte Blutung eintrat, wurde provisorisch die Wunde mit einem in Eisenchlorid getränkten Lintstückchen bedeckt. Am 11. Januar wurde letzteres entfernt und ein Jodoformgazeverband angelegt, welcher jeden dritten Tag gewechselt wurde. Ohne weitere Complication war die Wunde am 17. Februar vollständig vernarbt. Es folgten keine secundären Erscheinungen.

---

In tabellarischer Uebersicht ergibt sich also folgende Zusammenstellung:

Excisionen: — 32.

| I. | II. | III. | IV. |
|---|---|---|---|
| Sclerosen ohne Scleradenitis: | Sclerosen mit Scleradenitis: 16. | Der Beobachtung entzogen: | Noch unter Beobachtung: |
| 6. | 3 mit sehr dubiosen secundären Erscheinungen, 11 mit sehr milden, einmal beobachteten secundären Erscheinungen, 2 mit ausgesprochenen, wiederholt recidivirten Erscheinungen. | 5. | 5. |
| Sämmtlich ohne secundäre Erscheinungen. | | | |

Aus dieser Uebersicht ergibt sich, dass die Drüsenschwellung ein sehr wichtiges Moment bei der Indication zur Excision bildet. Allerdings können wir in 3 Fällen, u. zw. im Falle 1, 3, 5, constatiren, dass trotz exquisiter Leistendrüsenschwellung wir ein unzweifelhaft günstiges Resultat der Operation verzeichnen können. Zugleich aber springt der absolute Erfolg jener Fälle, wo noch keine Drüsenschwellung vorhanden war, zu sehr in die Augen, um nicht von vorneherein die Prognose bei bereits vorhandener Drüsenschwellung als eine minder günstige erscheinen zu lassen.

Dieser Schluss, der sich mir aus den angeführten Krankengeschichten logisch aufdrängte, steht mit den von Auspitz gemachten Beobachtungen und Behauptungen im Widerspruch. Wenn ich mir aber andererseits vor Augen halte, dass Mauriac[1]) Excisionen frühzeitig und vor Auftreten einer indolenten Leistendrüsenschwellung vorgenommen hatte, ohne dadurch jemals einen positiven Erfolg zu erzielen — Beobachtungen, deren Beweiskraft ich übrigens aus inneren Gründen nur mit grosser Reserve gelten lassen kann — so wird es mir nur um so deutlicher, wie weit wir noch von einer befriedigenden Klärung der sich widersprechenden Ansichten entfernt sind. Wenn ich aber auch in diesem einen Punkte die Behauptung Auspitz'[2]) nicht theilen kann, bleibt immerhin seine Ansicht, dass die indolenten Leistendrüsenschwellungen von den allgemeinen Lymphdrüsenschwellungen bei syphilitischer Dyskrasie zu unterscheiden seien und dass von ihnen dasselbe gilt, wie von der

[1]) Gazette des hôpitaux, Nr. 7, 10, 14, 1881. — Annales de Derm. et. Syphil. II. Bd. 1881. 3. Heft.

[2]) Die Bubonen der Leistengegend, Vierteljahr. f. Derm. und Syphil. 1883. — Zur Pathologie der syphil. Initialsclerose, ibid. 1877.

Initialsclerose, dass sie nämlich nicht als Erzeugniss einer schon vorhandenen Gesammtinfection, sondern eben nur als zweites Depôt einer Infection des Organismus nahe der Schwelle zu betrachten seien, unerschüttert. Aber gerade dieser Umstand bestärkt mich in der Ueberzeugung, dass das Vorhandensein einer Scleradenitis ungünstig auf die Prognose einwirken muss, da ich mit der Excision blos das erste Depôt des Infectionsstoffes eliminire, das zweite grössere jedoch unbehelligt lasse.

Die Angaben von Bumm [1]), wonach er in solchen Fällen auch die Exstirpation der Leistendrüsen vornahm und sogar diese Exstirpation als unbedingtes Postulat für den Erfolg der Excision hinstellt, kann ich nicht genügend würdigen, da mir hiezu vorläufig die Erfahrung fehlt, sie erscheinen mir jedoch sehr berechtigt; jedenfalls würde aber dann aus einer geringfügigen eine nicht unbedeutende Operation werden. Sollte es sich herausstellen, dass die von Bumm erhobenen Forderungen, die mit meinen Conclusionen übereinstimmen, sich wirklich als nothwendig erweisen, dann wird es Sache der Chirurgen sein, uns hiebei ihre werkthätige Mithilfe zu leihen.

Fasse ich nun das Resultat aller meiner bisher gemachten Beobachtungen in der Frage der Excision der Initialsclerose zusammen, so kann ich dieselben in folgenden 4 Punkten resumiren:

1. Die Excision der syphilitischen Initialsclerose hat bis jetzt als einzig möglicher Versuch einer Abortivbehandlung der Syphilis zu gelten, wenn sie genügend frühzeitig vorgenommen wird.

2. Nur jene Initialsclerosen eignen sich zur Vornahme der Excision, welche, genau umschrieben, von ihrer Basis abhebbar und verschiebbar, die vollkommene Exstirpation ermöglichen.

3. Die Gegenwart von Leistendrüsenschwellungen darf nicht als Moment gegen die Operation aufgefasst werden, obwohl dadurch die Prognose sich ungünstiger gestaltet.

4. In Fällen, in denen ein Zweifel herrscht, ob man es mit Sclerose oder Entzündungshärte bei einem weichen Geschwüre zu thun hat, gestattet die Geringfügigkeit der Operation, dieselbe unter allen Umständen vorzunehmen.

---

[1]) „Zur Frage der Schanker-Excisionen". Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syphilis 1882, II. Heft.

# Ueber die zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis erforderlichen sanitäts-polizeilichen Vorschriften.

**(Mit Berücksichtigung localer Verhältnisse.)**

Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur am 15. December 1882 gehaltenen Vortrage

von

**Dr. Arthur Leppmann,**

Secundärarzt am Allerheiligen Hospital zu Breslau.

(Schluss.)

---

5. Um die Zahl der Prostituirten möglichst zu mindern, muss man denjenigen, welche aus irgend einem Grunde ihres Gewerbes entsagen wollen oder müssen, die Wege ebnen, dass sie möglichst schnell von der Ausnahmestellung, die das Freudenmädchen in der menschlichen Gesellschaft einnimmt, befreit werden können. Die Hauptgründe, um aus der Liste der Prostituirten gestrichen zu werden, würden folgende sein:

a) Körperliche Gebreste, welche die daran Leidende zur Ausübung des geschlechtlichen Verkehrs untauglich machen.

b) Die Verehelichung.

c) Reclamationen seitens der Eltern oder Vormünder oder auch von Personen, die zwar zu der zu Reclamirenden in keinem der oben angeführten Verhältnisse stehen, aber durch ihre Lebensstellung und die Achtung, welche sie bei ihren Mitmenschen geniessen, eine Bürgschaft dafür geben, dass sie ernstlich gewillt sind, das sittliche Verhalten ihrer Schutzbefohlenen zu controlliren.

d) Der Nachweis der Prostituirten, dass sie sich ihren Lebensunterhalt durch ehrliche Arbeit erwirbt, verbunden mit einer gesitteten Führung derselben.

Jede Streichung aus dem Register der Prostituirten soll principiell eine provisorische sein und die Betreffende soll noch eine längere Zeit — als Mindermass könnte man mit Hügel[1]) 3 Monate annehmen — polizeilich weiter controllirt werden, denn es lehrt die Erfahrung, dass Eltern und Vormünder oft den Willen, aber selten die Macht haben, ihre Töchter und Pflegebefohlenen vom leichtsinnigen Lebenswandel zurückzuhalten, dass Männer schamlos genug sind, ihre Ehefrauen in deren ehrvergessenem Treiben eher zu begünstigen, als zu hemmen, dass die freiwillig ihrem Gewerbe entsagenden Dirnen selten die moralische Kraft haben, auf die Dauer der Versuchung der Wiederaufnahme ihres früheren Wandels zu widerstehen. In besonderen Ausnahmefällen könnte ja die in jeder grösseren Stadt zu gründende Sanitätscommission durch Majoritätsbeschluss einen früheren Zeitpunkt der Streichung bestimmen.

Die schwierigste Aufgabe ist schliesslich die Aufsuchung der Geheim-Prostituirten, welche statistisch erwiesenermassen den grössten Percentsatz an Syphilitischen liefern. Das Verhältniss der Gesunden zu den Syphilitischen ist:

| | Bei den Inscribirten: | Bei den Freien: |
|---|---|---|
| nach Parent-Duchatelet . | 1 : 125—402. | 1 : 4·26—5·46. |
| „ Jeannel . . . . . | 1 : 208. | 1 : 4. |

Hier liegt noch in den meisten Ländern Vieles im Argen. Selbstverständlich werden die Einrichtungen, die zu diesem Behufe getroffen werden müssen, nicht überall die gleichen sein können, sondern wie überhaupt alle prophylactischen Massregeln, durch locale Verhältnisse bedingten Modificationen unterworfen sein.

Einiges, was sich vielleicht zur allgemeinen Einführung eignen könnte, soll hier erwähnt werden.

Es müssen mit der Aufsuchung der heimlichen Prostituirten zumal in einer Grossstadt, besondere Beamte betraut werden. Dieselben müssen womöglich von imponirendem Aeussern, von lauterem Charakter und pecuniär so gestellt sein, dass sie sich ihrer Aufgabe ohne jede Rücksicht auf Nebensächliches widmen können. Ihr Bildungsgrad muss ein solcher sein, dass sie für den Zweck ihres Berufes ein gewisses Verständniss mitbringen, ein

[1]) Hügel, l. c., pag. 186.

Verständniss, welches sie befähigt, die Unannehmlichkeiten ihrer Stellung in dem Bewusstsein des redlichen Mitarbeitens am Gemeinwohl zu ertragen. In dem Mechanismus der Verwaltungsbehörden müssen sie einen Rang einnehmen, der es ihnen ermöglicht, sich der niederen Executivbeamten, wo sie ihrer bedürfen, ohne Weigerung zu bedienen.

Diese Beamten sind es, welche bei der Polizei einlaufende Denunciationen zu prüfen, verdächtige Häuser zu beobachten, die Besucherinnen anrüchiger Locale zu controlliren, die Urheberinnen von verdächtigen Zeitungsannoncen (eine beliebte Art der Offerte seitens geheimer Prostituirter) zu prüfen haben u. a. m.

Zur Unterstützung der Thätigkeit derselben, dürfte eine Einrichtung dienen, welche nach Behrend in der Charité bestanden hat und wohl noch besteht, ausserdem aber bei unserem Militär allgemein eingeführt ist. Es sollen alle in ein Krankenhaus eingelieferten männlichen Syphilitischen gefragt werden, ob sie eine bestimmte Person angeben können, der sie ihre Krankheit zu verdanken haben. Von den männlichen Individuen erhält man, wie die Erfahrung lehrt, besonders wenn sie den niederen Ständen angehören, oft bestimmte Angaben. Diese werden seitens der Leitung des Krankenhauses der Polizeibehörde der Stadt, in welcher die Ansteckung stattgefunden hat, übermittelt, und liefern oft schätzbares Material zur Entlarvung gemein schädlicher Geheim-Prostituirter. Bei unserem Militär speciell, wo jeder Gemeine, der seine Krankheit nicht freiwillig meldet, und die Infectionsquelle nicht angeben kann, bestraft wird, ist es die Regel, dass mehrere gleichzeitig bei einem Truppentheil vorkommende Infectionsfälle auf ein und dieselbe Person zurückgeführt werden können.

Erschwerend für die Unterdrückung der Geheimprostitution wirkt an vielen Orten der Umstand, dass sich die Polizeibehörde dort, wo gesetzlich keine Bordelle geduldet werden, der Bedürfnissfrage nachgebend, bemüssigt sieht, Locale zu dulden, die hinter einer harmlosen Aussenseite sich als höchst gefährliche, in sanitärer Hinsicht vollkommen uncontrollirte Bordelle entpuppen.

Es sei hier gestattet, des Beispiels wegen, auf locale Verhältnisse zu recurriren. Hier in Breslau und an vielen Orten Norddeutschlands gab es und gibt es wohl noch eine ganze An-

zahl von Weinhandlungen, die in öffentlichen Blättern mit ihrer „freundlichen Damenbedienung“ Reclame machen. Dieselben haben gewöhnlich eine Zahl von drei bis sechs in allen Künsten der Prostitution wohlerfahrene Kellnerinnen, deren Hauptzweck es ist, durch allerhand Lascivitäten die Besucher zu veranlassen, in eigens zu diesem Zwecke eingerichteten Separatzimmern mit ihnen den Beischlaf zu vollziehen. Der höher als ortsübliche Preis der genossenen Getränke gilt gewöhnlich als Localmiethe. Diese Personen sind gesundheitlich vollkommen uncontrollirt und die hiesigen Aerzte wissen wohl, welche Brutstätten der Infectionen die genannten Localitäten bilden.

Ueberhaupt müsste besonders bei uns die weibliche Bedienung in öffentlichen Localen möglichst eingeschränkt, oder wenigstens sanitär controllirt werden. Dass eine solche Einschränkung bei Bestehen von concessionirten Bordellen am leichtesten zu ermöglichen ist, beweist uns Leipzig, wo man ausser den als sittlich intact geltenden Buffetdamen eine nennenswerthe Zahl von weiblicher Bedienung in öffentlichen Localen nicht kennt.

Ausserdem wird die heimliche Prostitution bei uns durch das ungehinderte Bestehen von kleinen Hôtels begünstigt, welche öffentlich so gekannt sind, dass sie für gewöhnlich von keinen anderen Gästen, als den liebebedürftigen Paaren aufgesucht werden. Der Einlass erfolgt zu jeder Tages- und Nachtzeit ohne jede Prüfung der Qualität der Besucher. Sie gleichen am meisten den in Belgien und Frankreich bestehenden maisons de passe, nur mit dem grossen Unterschiede, dass letztere behördlich genau controllirt und die Wirthe verpflichtet sind, etwaige, der heimlichen Prostitution verdächtige Besucherinnen zur Anzeige zu bringen.

Dort, wo sie nicht durch locale Sitten bedingt, sind dieselben selbst als polizeilich controllirte Locale wohl zu entbehren; ohne genügende Controlle aber erschweren sie nicht nur die Unterdrückung der heimlichen Prostitution, sondern schädigen durch Erleichterung heimlicher Liebesintriguen, durch Darbietung der Gelegenheit zur Verführung unerfahrener Mädchen die Volkssittlichkeit.

An die sanitäre Controlle der Prostitution schliesst sich mit Nothwendigkeit eine solche gewisser anderer Bevölkerungsclassen.

Von jeher sind die Angehörigen des Soldatenstandes

relativ häufig Träger und Weiterverbreiter des syphilitischen Contagiums gewesen. Die Mannschaften, meist Leute in der Vollkraft ihrer Jahre und nicht überreich mit irdischen Schätzen versehen, suchen ihre geschlechtlichen Freuden bei der niedrigsten Classe der öffentlichen und Geheim-Prostituirten. Was uns Parent-Duchatelet[1]) von den filles à soldats et des barrières mittheilt, gilt wohl noch heute für unsere grösseren und Garnisonsstädte. Es ergibt sich daraus von selbst, sowohl im Interesse des Dienstes als auch zur Verhütung der durch das enge Zusammenleben der Soldaten in Kasernen und Cantonnements erhöhten Gefahr der Infections-Uebertragung, die Nothwendigkeit einer regelmässigen ärztlichen Untersuchung derselben. Eine solche findet auch bereits bei uns und in vielen anderen Culturstaaten statt, und ist bei der straffen Organisation dieses Standes in zweckentsprechender Weise möglich. Ueber die Häufigkeit des Untersuchens scheinen die Meinungen noch getheilt zu sein. In manchen Garnisonen wird alle 8 Tage untersucht, in anderen nur alle 2 Monate. Ueberall sind die unverheiratheten Chargirten ausgeschlossen, und gerade diese liefern in viele unserer Garnisonlazarethe das Hauptcontingent schwerer, durch Kurpfuscher übel tractirter Fälle venerischer Affectionen. Es wäre daher eine möglichst internationale Ausbreitung dieser Massregel zu empfehlen, und zwar sollen regelmässige Untersuchungen aller Mannschaften, einschliesslich der subalternen, unverheiratheten Chargirten alle 14 Tage, ausserdem ausserordentliche, beim Eintritt und Abschied, vor und nach der Beurlaubung, sowie beim Garnisonswechsel stattfinden. Selbstverständlich müssen die Mannschaften der Kriegsmarine gleichen Bedingungen unterworfen werden, namentlich bei der Ein- und Ausschiffung. Jeder erkrankt Befundene muss so lange im Lazareth detinirt werden, bis er entweder geheilt oder sein Leiden nicht mehr infectiös ist.

Auch die Angehörigen der Handelsmarine sind überaus der Infection ausgesetzt. Hafenplätze sind für gewöhnlich die Sammelorte der niedersten Art käuflicher Frauen, zumal in Ländern, wo sich die Prostitution noch ungehindert ausbreitet, wie z. B. gegenwärtig in den ostasiatischen Häfen.

---

[1]) l. c., I., pag. 180.

Die lange Abstinenz und der kurze Aufenthalt auf dem Lande machen die Leute für gewöhnlich nicht wählerisch. Eine regelmässige Untersuchung bei Ein- und Ausschiffung mit eventueller Ueberführung in Krankenhäuser wäre von sanitäts-polizeilichem Standpunkte gewiss zu postuliren. Der internationale medicinische Congress zu Paris im Jahre 1867 [1]) hat sich dahin entschieden, durch gemeinschaftliche Commissionen von Aerzten und Angehörigen des Handelsstandes in Zukunft der Frage näher zu treten, wie man hier den hygienischen Forderungen gerecht werden kann, ohne die Handelsinteressen zu sehr zu hemmen. Es wäre wohl anzunehmen, dass, wenn es bei anderen ansteckenden Krankheiten, wie bei dem gelben Fieber und der Pest möglich war und ist, die viel eingreifenderen Massregeln der Schiffs-Quarantaine bis zur äussersten Consequenz fortzuführen, auch hier eine Abhilfe möglich sein wird. Sollten einst internationale Massregeln zu Stande kommen, so müsste man gegen die Mannschaften der Schiffe, welche aus Ländern kommen, die sich diesen internationalen Massregeln gegenüber negativ verhalten, mit besonderer Strenge vorgehen, ja man könnte dann vielleicht von allen in diese Kategorie fallenden Schiffsreisenden die Beibringung von Gesundheitsattesten oder die Duldung einer Untersuchung fordern, eine Massregel, die jetzt noch undurchführbar ist.

Ferner hat man von mancher Seite regelmässige Untersuchung grösserer Kategorien der Arbeiterbevölkerung verlangt, vor Allem der unverheiratheten Fabriksarbeiter und Arbeiterinnen in grösseren Etablissements. Es ist ja notorisch, dass ein grosser Theil der jugendlichen Fabriksarbeiterinnen, bei uns wenigstens, heimliche Prostituirte sind. Sie verkehren geschlechtlich zunächst mit den Männern, mit welchen sie zusammen arbeiten. Diese wieder übertragen das erhaltene Contagium auf unbescholtene Mädchen, mit denen sie Verhältnisse unterhalten, namentlich auf andere Mitarbeiterinnen und Dienstmädchen. Eine regelmässige Untersuchung wäre hier gewiss erwünscht; bei unseren heutigen gesellschaftlichen Zuständen wird sie aber in der Intensität, von der man allein einen Erfolg erwarten kann, undurchführbar sein, im Gegentheil, eine solche Massregel wäre fähig, den Classenhass

[1]) Pick, Arch. für Dermat., I., pag. 539.

zu schüren und für socialistische Ideen Propaganda zu machen. Dagegen ist sie geboten und durchführbar bei solchen Gewerbetreibenden, bei denen nachgewiesenermassen durch die Art des Gewerbetriebes selbst Syphilis leicht und häufig übertragen wird. Dies ist vor Allem bei den Glasbläsern der Fall, von denen stets mehrere an einem gemeinschaftlichen Blaserohr (der sogenannten Pfeife) arbeiten, respective die halbflüssige Glasmasse aufblasen. Da die Erstarrung derselben schnell vor sich geht, so wandert die Pfeife rasch von Mund zu Mund. Nach Rollet[1]) kommt dadurch häufig Uebertragung ansteckungsfähigen Secrets syphilitischer Rachen- und Mundaffectionen, wenn sich ein Inficirter unter den Mitarbeitern befindet, und natürlich in Folge dessen häufige Verbreitung constitutioneller Syphilis unter den Arbeitern zu Stande. Dadurch, dass die Verheiratheten ihr Leiden nicht bald bemerken, inficiren sie leicht ihre Frauen und durch gemeinsamen Gebrauch von Ess- und Trinkgeschirr andere Hausgenossen, so dass manchmal förmliche Endoepidemien entstehen.

Hier kann nur Folgendes helfen und wird sich auch ohne grösseren Widerstand der Betheiligten durchführen lassen:

1. Regelmässige, periodische, genaue Untersuchung aller Arbeiter;

2. sorgfältige Behandlung aller syphilitisch Befundenen, womöglich unter Detention in Spitälern;

3. um die constitutionell Erkrankten nicht brodlos zu machen, entweder Uebertragung von Arbeiten an dieselben, bei denen der Gebrauch der Pfeife nicht nothwendig ist, oder gemeinschaftliche Benützung desselben Instruments nur zwischen bereits Inficirten[2]). Die Frage, in wie weit der Gebrauch eines besonderen Mundstückes für den Einzelnen sich ohne Nachtheil für die Fabrication anwenden liesse, dürfte dem Entscheide von Technikern anheimfallen.

Gegen eine etwaige Uebertragung zwischen Löthrohr-Arbeitern und durch gemeinsame Benützung von Blasinstrumenten lassen sich besondere behördliche Massregeln nicht gut rechtfertigen, da eine solche wohl relativ selten ist.

---

[1]) Arch. für Dermat., V., l. c., pag. 555.

[2]) Günz, l. c., pag. 89, 90.

Rein aus den oben angeführten, socialen Gründen ist von der obligatorischen Forderung eines Gesundheitsattestes für Dienstmädchen und andere Personen aus der dienenden Classe, die durch Zugehörigkeit zum Hausstande der Herrschaft, durch intime Beschäftigung, besonders mit Kindern, leicht Ueberträger an ihnen haftenden Ansteckungsstoffes sein können, abzusehen. Hier muss die öffentliche Belehrung dazu beitragen, dass Jeder sich selber schützt.

Eine Ausnahme wäre für die Ammen zu machen, die, wenn sie syphilitisch sind, auf den ihnen übergebenen Säugling zwar nicht durch ihre Milch, wie man früher glaubte, aber doch durch das Secret von an den Brustwarzen befindlichen Rhagaden öfters Syphilis übertragen. Da diese Personen meistens unverehelicht sind und, wenn sie einmal geschwängert sind, leichter geneigt sind, mehreren Männern den Beischlaf zu gestatten, so wird für gewöhnlich ein Guttheil der sich zum Ammendienst offerirenden mit Syphilis behaftet sein. Hier wäre vielleicht die obligatorische Beibringung eines Gesundheitsattestes vor Antritt eines Dienstes als Amme ein Eingriff in die persönliche Freiheit des Individuums, der sich rechtfertigen liesse und durchführbar wäre. Ausserdem ist die Untersuchung auf Syphilis zu postuliren bei allen Wärtern und Wärterinnen, welche in einem öffentlichen Krankenhause angestellt werden sollen, ebenso bei Hebammen, ehe sie den Cursus bei einer Hebammenschule beginnen.

Hier liegt die Gefahr einer Uebertragung auf Kranke und Schwangere zu nahe, als dass man andere Rücksichten vorwiegen lassen könnte.

Im Allerheiligen-Hospitale wird die Massregel der örtlichen Untersuchung bei allen Anzustellenden durchgeführt und verursacht keine Schwierigkeit. Weibliche Personen verweigern dieselbe selten, und zwar nur dann, wenn aus deren Aussehen und Auftreten man von vornherein annehmen kann, dass die Exploration positive Resultate ergeben würde.

Auf eine Classe der Bevölkerung müssen wir unser besonderes Augenmerk richten, auf die sogenannten „fahrenden Leute“, die Vagabonden, armen Reisenden etc. Ebenso wie bei Verschleppung der acuten Infectionskrankheiten, spielen dieselben bei

Uebertragung von Syphilis eine erwähnenswerthe Rolle. Diese Leute, Männer wie Weiber, ziehen sich durch Beischlaf ohne jede Rücksichtnahme auf den Gesundheitszustand des Partners oder der Partnerin, dann aber durch zufällige Uebertragung bei gemeinschaftlicher Benützung von Lagerstatt und Geschirr leicht Infectionen zu. Die Ausbreitung derselben wird durch Mangel an Reinlichkeit begünstigt. Aerztliche Hilfe wird entweder nicht aufgesucht oder ist schwer zu erlangen. Durch Aufenthalt in Gasthäusern oder bei mildthätigen Personen, besonders auf dem Lande, wird die Infection auf die übrige Bevölkerung übertragen. (Siehe auch Hjelt[1]). Es ist also geboten, dass man solche Leute, wo sie mit der Behörde in Berührung kommen, ärztlich explorirt und die erkrankt Befundenen detinirt, eine Massregel, die in unseren grösseren Städten (nach Lothar Meyer[2]) auf Grund eines Regulativs vom 8. August 1835) streng durchgeführt wird, in kleinen Orten jedoch viel zu wünschen übrig lässt. Merkwürdigerweise nehmen dieser Frage gegenüber die französischen Schriftsteller, wie Jeannel[3]), Mireur[4]), ja sogar Parent-Duchatelet[5]) zum Theil einen negativen Standpunkt ein. Sie sprechen von unüberwindlichen Schwierigkeiten bei Generalisirung dieser Massregel, von Verletzung der individuellen Freiheit u. a. m.

Es ist doch wohl selbstverständlich, dass Leute, die in ihrer Lebensweise wesentlich von ihren Mitbürgern abweichen, die in Folge derselben öfters genöthigt sind, das ihnen durch das Gesetz gewährleistete Recht der öffentlichen Unterstützung in Anspruch zu nehmen, dass diese Leute, wenn sie drohen, dem Gemeinwohle gefährlich zu werden, sich auch Massregeln unterwerfen müssen, welche solche Gefahren zu beseitigen suchen. Es muss demnach jede Person, welche wegen Vagabondirens oder eines entehrenden Verbrechens ein Polizei- oder Criminalgefängniss, Arbeits- oder Rettungshaus betritt, ja jede, die wegen Obdachlosigkeit ein öffentliches Asyl aufsucht, auf Behaftetsein mit infectiösen Krankheiten untersucht werden; ergeben sich solche, so werden die betreffenden

[1]) l. c., pag. 13.
[2]) Eulenburg, l. c., pag. 455.
[3]) l. c., pag. 360.
[4]) l. c., pag. 79.
[5]) l. c., I, pag. 235.

Personen entweder bald oder nach Beendigung ihrer Strafzeit einem Hospital übergeben, und so lange dort behalten, bis ihr Leiden seine Infectionsfähigkeit verliert, respective bei der Syphilis ansteckende Localerscheinungen geschwunden sind. Ausgenommen von dieser Massregel sollen nur die sein, welche der Behörde sicher nachweisen, dass sie die Mittel und den Willen haben, sich privatim behandeln zu lassen. In Breslau werden solche Massregeln im Polizei- und Criminalgefängniss streng durchgeführt, möchten sie recht bald auf das Polizei-Asyl ausgedehnt werden.

Einige, die in Bezug auf die Prophylaxe der Syphilis einen radicalen Standpunkt einnehmen, haben betreffs der Untersuchung gewisser Bevölkerungsclassen viel weitgehendere Vorschläge gemacht, so z. B. die Beibringung eines Gesundheitsattestes für Arbeiter bei Arbeiten mit staatlicher Entreprise, andere wieder, wie Diday, fordern eine Constatirung des jeweiligen Gesundheitszustandes der Besucher eines Bordells seitens der Leiter desselben, respective die Beibringung von Gesundheitsattesten als obligatorisch bei Betreten desselben, ja Stamm schlägt sogar vor, dass Jeder, welcher ein Bordell betritt, durch ein in entsprechender Höhe angebrachtes Schiebfensterchen seine Genitalien einer dazu angestellten Person zur Untersuchung entblössen sollte, und zwar so, dass selbst für die Untersuchende eine Constatirung der Persönlichkeit unmöglich würde. Gegen Ersteres sprechen sociale Gründe; die letztere Massregel ist zu lästig, als dass sie nicht Kranke und Gesunde in gleicher Weise vom Bordellbesuch abhalten und der freien oder Geheim-Prostitution in die Arme treiben würde. Inwieweit die Prostituirten zu ihrer eigenen Sicherheit ihre Besucher visitiren sollen und dürfen, dafür lassen sich behördliche Weisungen nicht gut feststellen.

Dagegen ist es wichtig, gewisse rituelle und Volksgebräuche, die in Bezug auf die Uebertragung der syphilitischen Krankheiten eine gewisse Rolle spielen, durch behördliche Massnahmen ihrer schädlichen Wirkung zu entäussern. Hierzu gehört vor Allem der bei Juden und Mohamedanern übliche Act der Beschneidung, der bei den männlichen Neugebornen 8 Tage nach der Geburt, meistens von einem Nichtmediciner in der Weise ausgeführt wird, dass die Vorhaut des männlichen Gliedes straff

über die Eichel hinausgezogen, mit einer metallenen Klemme fixirt und mit einem Schnitt eines scharfen Messers möglichst dicht an ihrer Ursprungsstelle abgetrennt wird. Zur Stillung der Blutung ist es in einigen Gegenden üblich, dass der Operateur die entstandene Wundfläche mit dem Munde aussaugt, oder mit in den Mund genommenem Wundwasser bespritzt. Leidet derselbe an einer syphilitischen Mundaffection, so kommt besonders durch die Succion leicht die Uebertragung des Contagiums zu Stande. Der Operateur kann sich ein syphilitisches Leiden nicht blos auf geschlechtlichem Wege, sondern dadurch erworben haben, dass bei eben derselben Operation eine von der Epidermis entblösste Stelle seiner Mundschleimhaut mit dem Blute eines an hereditärer Syphilis leidenden Neugebornen in Berührung kommt. Von einer dadurch in der Umgebung in Paris entstandenen Epidemie berichtet der Rapport des medicinischen Congresses[1]). Auch in Neisse in Schlesien sollen vor mehreren Jahren Infectionen auf diese Weise zu Stande gekommen sein.

Es ist daher Folgendes zu postuliren:

1. Die rituelle Beschneidung soll von einem Arzte oder unter Zuziehung eines solchen vollzogen werden.

2. Die Aussaugung der Wunde ist mit Strafandrohung zu verbieten.

Von einigen Aerzten, wie Cohen[2]) und Rosenzweig (Zur Beschneidungsfrage, Schweidnitz 1878[3]) wurde die Beschneidung und womöglich deren obligatorische Einführung als ein Schutzmittel gegen Ansteckung empfohlen, weil nach derselben die Haut der Eichel ihre schleimhautähnliche Beschaffenheit verlöre, derber und dadurch resistenter gegen Risse und Abschürfungen würde.

Doch ist die daraus zu folgernde mindere Häufigkeit der Ansteckung bei Beschnittenen noch nicht statistisch nachgewiesen und es gewinnt bei normal langer Vorhaut die Haut der Eichel des Erwachsenen eine ähnliche Beschaffenheit, wie bei ersteren.

Eine allgemeine Einführung der Beschneidung bietet demnach kein öffentliches Interesse und es genügt in dieser Beziehung vollkommen, im Hebammen-Unterricht zu betonen, dass

---

[1]) Pick, Arch. für Dermat., V, pag. 553.

[2]) Pick, l. c., pag. 554.

[3]) Eulenberg, l. c., Artikel: Beschneidung.

dieselben die männlichen Neugeborenen stets auf das Vorhandensein angeborener Verengerung der Vorhaut zu untersuchen und den Eltern eventuell die Zuziehung ärztlicher Hilfe anzurathen hätten.

Eine Uebertragung der Syphilis durch chirurgische Instrumente ist öfters behauptet worden. Man schuldigte als solche Ohr-Katheter, zahnärztliche und Schröpf-Instrumente, Rasirmesser u. s. w. an. Durch Schröpf-Instrumente soll im Jahre 1577 in Brünn eine grosse Epidemie[1]) entstanden sein. Auch Hjelt[2]) führt sicher constatirte Fälle an. Da nach Boeck's Untersuchungen die syphilitische Materie, wenn sie einzutrocknen beginnt, schon nach wenigen Stunden ihre Wirksamkeit verliert, da ausserdem dieselbe im Blute und in dem aus dem Blute abgeschiedenen Serum sich wahrscheinlich nur in verdünntem Zustande befindet, so ist die Gefahr der Uebertragung in diesen Fällen an bestimmte Umstände, besonders an die unmittelbare Anwendung der Instrumente bei vielen Personen nacheinander geknüpft. Doch ist z. B. in der Kriegs-Chirurgie, wo es ja häufig gekommen ist, dass eine Menge Verwundeter unmittelbar nacheinander mit denselben Instrumenten, an denen gewiss noch oft Blut haftete, operirt wurden, kein Fall von Uebertragung constatirt. Im Uebrigen ist die beste Präventivmassregel gegen solche Zufälle, die Wahrung der penibelsten Reinlichkeit bei allen chirurgischen Verrichtungen, welcher ja unsere moderne Chirurgie in jüngster Zeit erst ihre volle Bedeutung eingeräumt hat.

Von speciellen behördlichen Massregeln wäre vielleicht zu fordern: die specielle Rücksichtsnahme auf diese Verhältnisse bei der Unterweisung und den Prüfungen unseres niederen Heilpersonals, der Hebammen, Heil- und Lazarethgehilfen. Da Hjelt die Infection beim Schröpfen hauptsächlich auf den Gebrauch hörnerner Schröpfköpfe basirt, weil in Folge der Porosität des Materials leicht mit aufgesogener Körperflüssigkeit (Blut und Serum) Ansteckungsstoff in demselben deponirt wird, so wäre die allgemeine Einführung der metallenen oder der am besten zu reinigenden gläsernen Schröpfköpfe wünschenswerth.

Eine chirurgische Verrichtung besitzt hauptsächlich als Ge-

[1]) Günz, l. c., pag. 82.

[2]) l. c., pag. 14.

legenheitsursache der Uebertragung von Lues heute noch namhafte Gegner, d. i. die Impfung. Wir müssen es allerdings als eine erwiesene Thatsache annehmen, dass durch Abimpfung von einem an hereditärer oder erworbener Lues leidenden Stammimpfling unter Umständen ein Theil der Abgeimpften oder alle syphilitisch werden, und zwar entsteht die Initialsclerose an der Stelle des Impfstichs, entweder am Boden der entstandenen Impfpustel, oder ohne dass überhaupt eine sonstige Wirkung der Lymphübertragung sichtbar wird. Sicher constatirte Fälle finden sich unter anderen bei Passani, Gazetta medicale di Milano vom 14. October 1843; Wegeler, Preussische Vereinszeitung, 1850, Nr. 14[1]); Hübner, ärztliches Intelligenzblatt, 1852; Pachiotti, Syphilide transmissa, Per mezza della vaccinazione in Rivalta, Torino 1862[2]): Lecoq gazette hebdomadaire August 1860[3]); Eulenberg[4]); Freund[5]).

Auf welche Weise die Uebertragung zu Stande kommt, ob durch die Lymphe selbst, oder durch der Lymphe beigemengtes Blut oder durch Mitübertragung von Serum oder Detritusmassen aus syphilitischen Geschwüren, welche sich bei dem an latenter oder manifester Syphilis leidenden Stammimpfling durch den Impfreiz unter der Pustel bilden, darüber ist die Discussion noch nicht geschlossen, jedenfalls ist die Uebertragung durch die Impfung im Vergleich zur allgemeinen Verbreitung der Syphilis eine so seltene, dass der dadurch verursachte Schaden weit hinter dem Segen dieser prophylactischen Massregel zurücksteht. Um die Gefahr der Syphilis-Uebertragung durch die Impfung zu beseitigen, wäre es natürlich am besten, nur Thierlymphe zu benützen, da bei Thieren Syphilis nicht vorkommt. Die verschiedenen Arten von Thierlymphe, welche uns zu Gebote stehen, die originäre, die animale, Variolo,— Retro,— Vaccine, die Ovine und Equine sind theils unzweckmässig wegen der Gefahr der Uebertragung von Thierkrankheiten oder wegen zu starker Entzündungserscheinungen bei Entstehung der Pusteln, theils sind sie nicht in dem Masse zu beschaffen, dass sie bei Massen-

[1]) Zeisl, l. c., pag. 38.
[2]) Bäumler. l. c., pag. 59, 60.
[3]) Zeisl, pag. 38, 39.
[4]) Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Leipzig, l. c.
[5]) Aerztl. Vereinsblatt 1879.

impfungen, wie sie unser deutsches Impfgesetz vorschreibt, und wie sie überhaupt zur Verhütung des epidemischen Auftretens der Menschenblattern erforderlich sind, in Betracht kommen könnten. Wir sind also auf die durch Uebertragung der Kuhpockenlymphe auf den Menschen entstandene, auf die sogenannte humanisirte Lymphe angewiesen. Die oben geschilderte Gefahr der Syphilis-Uebertragung durch dieselbe kann man durch folgende Cautelen auf ein Minimum reduciren:

1. Erwachsene als Stammimpflinge sind vollständig ausgeschlossen, theils, weil bei ihnen die Pusteln gewöhnlich mangelhafter ausgebildet sind und man daher weniger leicht von jeder Beimengung freie Lymphe erlangen kann, theils als Träger erworbener, manifester oder latenter Syphilis.

2. Auch von älteren, revaccinirten Kindern, welche nach unserem Impfgesetz im 12. Lebensjahre stehen, soll nicht abgeimpft werden, auch wenn die Revaccinepusteln an Grösse und Form hinter wohl ausgebildeten Vaccinepusteln nicht zurückstehen, da die bei den Revaccinirten stärker auftretenden Entzündungs-Erscheinungen die Hoffnung einer klaren Lymphe mindern.

3. Der Stammimpfling soll nicht unter einem Jahre alt sein (Köbner, Arch. für Derm., 1870, pag. 133, ff.[1]), oder wenigstens nicht unter 3 Monaten[2]), da sich latente Syphilis meistens in den ersten 3 Monaten nach der Geburt fast immer aber im ersten Lebensjahre manifestirt.

4. Damit sich der Arzt so viel als möglich sichern kann, dass der Stammimpfling von gesunden Eltern stammt, soll derselbe nie ein ausserehelliches oder erstgeborenes Kind sein, sondern womöglich ältere, lebende und gesunde Geschwister haben.

5. Genaue Untersuchung des Stammimpflings an Geschlechtstheilen, After, Haut, besonders der Fersen und Fussfläche und der sichtbaren Schleimhäute, sowie der tastbaren Lymphdrüsen ist selbstverständlich.

6. Um die Lymphe möglichst frei von Beimischung mit Blut, Eiter und Detritusmassen zu erhalten, darf nur nach Ein-

[1]) Eulenberg, Handbuch, pag. 391.
[2]) Zeisl, l. c., pag. 41.

schnitt spontan ausfliessende, helle, dickflüssige Lymphe, welche aus grossen, schön entwickelten, prall gespannten Pusteln stammt, verwandt werden; am besten ist es, den aus der Pustel hervorquellenden Lymphtropfen durch die Capillarattraction eines jener bekannten Glasröhrchen aufzusaugen, da bei directer Befeuchtung der Impfnadel oder Lanzette leicht Quetschung des Pustelgewebes und dadurch Verunreinigung der Lymphe vorkommt. Die Abnahme der Lymphe soll am 7. oder 8. Tage nach der Impfung stattfinden.

7. Die Impfinstrumente müssen wie alle Instrumente, die unmittelbar nach einander zu Operationen bei verschiedenen Individuen benützt werden, vor dem Gebrauche jedesmal sorgfältig gereinigt werden.

Für die mehr zufällige Uebertragung der Syphilis durch andere Sitten und Gebräuche, wie durch das Tättowiren, welches ja in unseren niederen Volksschichten öfters üblich ist, durch den gemeinschaftlichen Gebrauch von Ess- und Trinkgeschirren, wie er ja in der Form des Umtrunks zum Beispiel systematisch von Alters her betrieben wird, ferner durch das Küssen von Heiligenbildern und Reliquien, und durch gemeinschaftlichen Gebrauch von Cigarrenspitzen und Tabakspfeifen, lassen sich bestimmte, behördliche, prophylactische Weisungen nicht aufstellen. Hier muss die Belehrung das ihrige thun. Ebenso werden wir gegen die so häufige und schwerwiegende Verbreitung durch die Zeugung nicht gut mit sanitätspolizeilichen Massregeln ankämpfen können. Alle Vorschläge, wie das Postulat der Beibringung eines Gesundheitsattestes vor der Ehe sind praktisch nicht durchführbar: „Das beste Mittel, die erbliche Syphilis zu verhindern, ist, die Syphilis der Eltern zu behandeln und zu heilen“, sagt der Rapport des medicinischen Congresses[1]).

Nicht blos aus diesem Grunde, sondern weil sonst alle prophylactischen Mittel sich als illusorisch erweisen würden, muss der Staat als solcher dafür sorgen, dass seinen an Syphilis erkrankten Bewohnern eine zweckentsprechende Pflege und Behandlung zu Theil wird. Hier liegt bei den meisten Culturstaaten noch Vieles im Argen. Leider fällt auf den, der sich ver-

[1]) Pick, Arch. für Dermat., Band V, l. c.

schuldet oder unverschuldet eine syphilitische Affection acquirirt, von vornherein ein gewisses Odium, so dass er sein Leiden, so lange es geht, zu verbergen sucht und aus falscher Scham, auch wenn er die Mittel hat, sich ärztlich behandeln zu lassen, lieber einen gewissenlosen Charlatan, als einen verständigen Arzt aufsucht. Noch schlimmer ist es, wenn er unbemittelt ist. Das für die Neuzeit charakteristische Princip der corporativen Einigung, das den Handwerker, Arbeiter, kleinen Beamten im Falle einer Erkrankung durch Gewährung von Beihilfe aus durch gemeinschaftliche Beiträge geschaffenen Krankencassen Unterstützung gibt, erweist sich bei den an Syphilis Erkrankten als unzulänglich, denn die meisten Cassen (nach Germann[1]) waren es bis vor Kurzem im Königreiche Sachsen zwei Drittel aller bestehenden) weigern dem an einem sogenannten selbstverschuldeten Leiden Erkrankten jede Beihilfe. Sehr viele der an Syphilis Leidenden haben aber wegen der Eigenart der Behandlung des Leidens (Bäder, Schmierkuren) Hospitalpflege nöthig. Zu diesen kommt noch die grosse Zahl derer, bei denen Detention im Hospital im öffentlichen Interesse gefordert wird. Diesem Bedürfnisse der Hospitalisation wird nur in ungenügender Weise Rechnung getragen. In England nehmen die meisten öffentlichen Spitäler keine Venerischen auf, in den Londoner Hospitälern soll die Zahl der zur Aufnahme der Venerischen bestimmten Betten so gering sein, dass sie kaum dem zehnten Theile der Hospitalbedürftigen entspricht[2]).

In Frankreich verweist man in den Provinzialstädten die krankbefundenen Prostituirten einfach aus dem Weichbilde der Stadt. Bei uns in Deutschland, wo die Unterstützung der Hilfsbedürftigen den Communen zufällt, ist gerade auf die Abtheilungen für Syphilis der Communal-Krankenhäuser für die nicht Ortsangehörigen schwierig, Aufnahme zu erlangen. Die für solche Kranke bestimmten Räume sind gewöhnlich so unzulänglich, dass kaum die polizeilich Detinirten und Einheimischen untergebracht werden können und man oft Halbgeheilte entlassen muss. Die nicht Ortsangehörigen (Handwerksburschen, dienstloses Gesinde,

[1]) l. c., pag. 45.

[2]) Pick, Arch. für Dermat., l. c., pag. 543.

reisende Kaufleute) werden nur dann aufgenommen, wenn sie in Folge ihres Leidens nicht mehr zur Weiterreise fähig sind. Der Entscheid darüber muss bei der Natur der luetischen Affectionen leider sehr oft zu Ungunsten des Kranken ausfallen.

Viele, besonders die von religiösen Congregationen geleiteten Krankenhäuser verweigern die Aufnahme Venerischer ganz, trotzdem sie oft die einzigen Zufluchtsstätten für Kranke bestimmter Communen und Kreise bilden. So hat z. B. der Breslauer Landkreis, der bei seiner Grösse und seiner vorwiegend industriellen Bevölkerung gewiss viel hospitalbedürftige Lues birgt, kein Krankenhaus dafür zur Disposition. Hier sind baldige und energische Aenderungen nothwendig und zwar:

1. Darf der Staat in Zukunft keine Krankencasse mehr genehmigen, welche in Bezug auf selbstverschuldete Leiden, besonders aber in Bezug auf Lues ihre Hilfe weigert. Damit mit der von Syphilis erzeugten Arbeitsunfähigkeit den Cassen gegenüber kein Missbrauch getrieben wird, damit nicht durch Nachlässigkeit die Dauer der Krankheit vergrössert wird, können sich ja die Cassen das Recht einer besonders genauen Controlle vorbehalten, unter Umständen von dem Kranken fordern, dass er sich ins Krankenhaus begibt, ja es wäre vielleicht noch zulässig, dass man dem, der sich ein selbstverschuldetes Leiden zugezogen, ausser ärztlicher Behandlung und Medicin das baar auszuzahlende Wartegeld niedriger bemisst, falls finanzielle Schwierigkeiten eine völlige Gleichstellung mit den anderen Kranken hindern u. a. m. Selbstverständlich soll der Staat auch darauf hinwirken, dass bei den schon bestehenden Cassen die oben erwähnten Beschränkungen fallen.

2. Soll von Staatswegen dafür gesorgt werden, dass jeder durch syphilitische Erkrankung Hilfsbedürftige, gleichviel ob ortsangehörig oder nicht, ob In- oder Ausländer, an dem Orte, wo er die Hospital-Aufnahme begehrt, derselben theilhaftig wird, im Falle ärztlicherseits constatirt wird, dass sein Leiden eine solche nöthig macht. Anderenfalls muss er ambulatorisch unentgeltlich behandelt werden.

Es müssen nämlich:

3. Weil die Erfahrung gelehrt hat, dass es selbst bei wesentlicher Besserung der bestehenden Verhältnisse unmöglich sein

dürfte, alle Venerischen zu hospitalisiren, und weil es ausserdem für viele derselben überflüssig, ja nachtheilig ist, da sie trotz ihrer Affectionen ihren Geschäften nachgehen können, zur Behandlung dieser Ambulatorien eingerichtet werden, in denen Medicin und Arznei an Unbemittelte gratis verabfolgt wird. Die Erfolge, die man durch Einrichtung derselben bereits erzielt hat, lassen sich zwar statistisch nicht nachweisen, sind aber so evident, dass es überflüssig wäre, die Zweckmässigkeit derselben theoretisch zu erörtern. Unter anderen bietet die hiesige königl. Poliklinik für Hautkrankheiten, welche trotz der kurzen Zeit ihres Bestehens von mehreren Tausend jährlich aufgesucht wird, ein beweiskräftiges Beispiel.

Eine nothwendige Bedingung zu einer geeigneten Behandlung der an Syphilis Leidenden ist die, dass die Aerzte mit der Art der Erscheinungsweise und der Behandlung der Syphilis auf der Universität in genauer Weise vertraut gemacht werden. Obgleich ja überhaupt unsere deutschen Universitäten in gewisser Beziehung als mustergiltige Lehrinstitute dastehen, so sind auch ihre Einrichtungen in dieser Beziehung noch verbesserungsfähig. Vor allen Dingen wäre zu wünschen, dass an allen deutschen Universitäten separate Kliniken mit eigenen Lehrern für Syphilis, respective für Hautkrankheiten und Syphilis errichtet würden. Nur an der Hand eines geschickt gruppirten, grösseren Materials, das ja in allen Universitätsstädten bei Einrichtung zweckmässiger Krankenstationen und Ambulatorien leicht zu beschaffen sein wird, kann der Student mit gewissen diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten vertraut gemacht werden. Dies wird nur bei einem eigenen Lehrstuhl für Syphilis in ausgiebiger Weise zu erreichen sein, während jetzt, wo auf den Universitäten, welche eines solchen entbehren, ein Theil der chirurgischen, ein Theil der inneren Klinik zufällt, die Belehrung leicht in unzureichender und unsystematischer Weise stattfinden kann.

Aber nicht blos die Aerzte sollen über die Art der Krankheit belehrt, nein, auch dem grossen Publikum sollen über das Leiden und seine Verbreitungsweise die Augen geöffnet werden, damit es aus eigener Initiative die Schutzmassregeln treffen kann, welche ausserhalb behördlicher Massnahmen liegen. Es ist ein deutliches Zeichen für die befangenen Ansichten unserer Zeit, dass

in einer Periode, wo man in allen Zweigen des Wissens darnach drängt, die Resultate der Forschung oft über Gebühr hinaus zu popularisiren, das Volk seine Belehrung über die Natur der syphilitischen Affectionen aus Büchern schöpfen muss, die meist von anonymen Autoren geschrieben, reine Speculationen auf den Geldbeutel des Publikums, und deshalb ohne jeden sittlichen Einfluss verfasst, mit allem Beiwerk zur Erregung des niedrigsten Sinnenkitzels umkleidet, oft sogar falsche Ansichten verbreiten. Erst in neuester Zeit haben Celebritäten unserer Wissenschaft durch unbefangene Besprechung dieser Frage in guten Journalen versucht, dieselbe salonfähig zu machen (Sigmund[1]). Auch zur Abschaffung der nach dieser Richtung hin bestehenden Uebelstände, muss der Staat die Initiative ergreifen. Er muss öffentliche Preis-Concurrenzen veranstalten für gute populäre Schriften über die Art und Erscheinungsweise der Syphilis. Er muss dafür sorgen, dass Belehrungen über diesen Gegenstand in weitverbreiteten periodischen Druckschriften Veröffentlichung finden. Er muss die Bestrebungen von Volksbildungs-Vereinen unterstützen, die in dieser Beziehung mit den bisherigen Traditionen brechen wollen. Er muss veranlassen, dass an Universitäten und höheren Fachschulen (Akademien, Polytechniken) gemeinverständliche, öffentliche Vorlesungen darüber veranstaltet werden. Einige verlangen die Besprechung dieser Verhältnisse in den Oberclassen der Gymnasien und Realschulen, ja es gibt sogar Fanatiker der Ueberzeugung, welche am liebsten die Prophylaxe der Syphilis in höheren Mädchenschulen gelehrt haben möchten. Letzteres ist undurchführbar, auch ersteres hat seine Bedenken. Der grössere Theil der Besucher der Oberclassen von Gymnasien und Realschulen hat wohl nicht den sittlichen Ernst, welcher allein das Verständniss für den Zweck solcher Massregeln ermöglicht. Ausserdem contrastirt die genaue Berührung dieser Verhältnisse (denn mit Andeutungen und Oberflächlichkeiten bezweckt man gar nichts) zu sehr mit der Hauptaufgabe der Schule, die ideale Lebensanschauung in dem Herzen des Schülers zu befestigen; dagegen wäre es zweckmässig, die Angehörigen des Soldatenstandes durch die Militärärzte über die Art der Lues und die Vorsichtsmassregeln der individuellen Prophylaxe instruiren zu lassen.

[1]) Deutsche Revue, l. c.

Ein grosses Hemmniss bei der Bekämpfung der Syphilis ist der Mangel einer geeigneten Statistik über alle dabei in Betracht kommenden Verhältnisse. Zunächst müsste sich jeder Staat über die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankungen in seinem Innern vergewissern. Selbst in der Cultur fortgeschrittenere Staaten haben es bis jetzt nur so weit gebracht, dass sie die Zahl der jeweils erkrankten Militärpersonen und vielleicht der in Hospitalpflege aufgenommenen Civilpersonen constatiren können. Ueber Erkrankungen ausserhalb der genannten Kategorien fehlt ihnen jede Uebersicht. Andere sehr wichtige Verhältnisse, wie die Zeit des Eintretens gewisser Symptomencomplexe, die Dauer der Immunität gegen Reinfection, die Erfolge der verschiedenen Behandlungsweisen u. a. m. harren noch der statistischen Erörterung. Hier müsste sich der Staat mit grösseren corporativen Verbänden (Gewerkschaften, Eisenbahngesellschaften) in Verbindung setzen, und die Zahl der Erkrankungen der denselben unterstehenden Beamten und Arbeiter constatiren lassen, er müsste dort, wo überhaupt ein genaueres Eingehen auf den Einzelfall möglich ist, nämlich für gut eingerichtete Krankenhäuser und Militärlazarethe Zählkarten schaffen, deren Form auf die oben erörterten Verhältnisse Rücksicht nimmt. Wie wichtig es ist, den jeweiligen Befund der sanitären Controlle aller Prostituirten auf Karten zu registriren, welche in den Untersuchungslocalen, übersichtlich geordnet, aufbewahrt werden, zeigen die Erfolge Schperk's, der diese Methode anwandte. Mit der Sichtung des so gewonnenen Materials müsste man Sachverständige betrauen, und die gewonnenen Resultate bald der Oeffentlichkeit übergeben.

Schliesslich wäre noch zu den prophylactischen Massregeln die strafrechtliche Verfolgung der wissentlichen Verbreitung der Syphilis zu rechnen. Es entspricht entschieden unserem ethischen Gefühle, dass Jeder, welcher mit irgend Jemandem geschlechtlich verkehrt, trotzdem er weiss, dass er eine ansteckende syphilitische Genital- oder anderweitige Localaffection hat, dem Gesetze verfällt, ebenso, dass Eltern, welcher einer gesunden Amme ihr notorisch syphilitisches Kind an die Brust legen, bestraft werden, ja man könnte in diese Kategorie noch den Bordellinhaber stellen, der ein syphilitisch erkranktes Bordellmädchen nicht streng vom Beischlaf abhält. Dass solche Per-

sonen von der Art des Leidens im Einzelfalle unterrichtet sind, wird sich nicht immer leicht constatiren lassen, doch werden sich crasse Fälle genug finden, wo sich die Schuld sicher beweisen lässt. Nach dem Commentar von Hahn lässt sich der §. 230 des Reichs-Strafgesetz-Buches (fahrlässige Körperverletzung) zum gerichtlichen Verfolg allerdings nur auf dem Wege der Privatklage anwenden. (Cfr. §. 232 des R.-Str.-G.) Aehnliche Paragraphen werden sich wohl auch in den Gesetzbüchern der anderen Culturstaaten finden.

Dass die Durchführung aller oben proponirten Massregeln wesentlich zur Verhinderung der Verbreitung der Syphilis beitragen dürfte, davon dürfen wir wohl überzeugt sein, und unwillkürlich drängt sich uns die Frage auf, ob wir nicht durch dieselben, im Zusammenhange mit der Selbsthilfe eines zweckmässig belehrten Publikums, einst die Seuche ganz zum Verschwinden bringen werden. Können wir darauf auch nicht unbedingt bejahend antworten, so ist die Hoffnung darauf auch gerade keine absolut trügerische. Man muss ja darauf rechnen, dass geeignete prophylactische und therapeutische Massregeln den Charakter einer Infectionskrankheit ändern, ihre Contagiosität verringern, ihre Folgen mildern. Wenn es in Folge dessen dem Mittelalter, einer Zeitperiode von weit geringerer Culturentwicklung, möglich war, die Lepra auf kleine, nicht in Betracht kommende Herde einzuschränken, warum sollte da nicht die moderne Zeit in ihrem Kampfe gegen die Syphilis durch das frohe Bewusstsein gestärkt werden, dass ihr als hohes Ziel die Befreiung des Menschengeschlechtes von einer ihrer grössten Geisseln winkt.

# Kleinere Aufsätze und Casuistik.

## Ein Fall von diffuser idiopathischer Haut-Atrophie.

Mitgetheilt von **Dr. A. Buchwald** in Breslau.

(Hiezu Tafel IX.)

Unter dem Namen „Xerodermie“ werden in den Lehrbüchern über Hautkrankheiten zwei verschiedene Formen der Hauterkrankung beschrieben, von denen die eine sich durch Trockenheit, Dünnheit und Runzelung der Epidermis, scheckige Pigmentirung und kleine Gefässerweiterung, sowie Retraction und gleichzeitige Verdünnung der Haut auszeichnet und dadurch an die atrophische Form des Scleroderma erinnert. Als zweite Art dieses Leidens beschreibt Kaposi eine Affection, welche meist die Unterextremitäten betrifft, sich hier von der Mitte des Oberschenkels nach abwärts erstreckt, seltener auch Vorderarme und Hände ergreift. Die Haut ist nach Kaposi's Schilderung dünn, stellenweise gespannt, schwer faltbar, auffällig blass, bisweilen blassrosa schimmernd, die Epidermislage ist äusserst verdünnt, gerunzelt, wie Goldschlägerhäutchen, hebt sich an einzelnen Flecken in dünnen, asbestähnlichen Lamellen ab. Nachstehend kurz geschilderter Fall betrifft ebenfalls die Unterextremitäten, weicht aber in Bezug auf Beschaffenheit der veränderten Hautdecken in mancherlei Beziehung von obig geschildertem Verhalten ab.

Patient, ein äusserst kräftig gebauter, musculöser, gut genährter Mann, wurde im November 1882 wegen eines Fussgeschwüres in das unter meiner Leitung stehende Wenzel Hanike'sche Krankenhaus aufgenommen. Die Untersuchung der einzelnen wichtigeren Organe: Herz, Lungen, Leber, Nieren, ergab keinerlei pathologische Veränderungen. Hochgradige Abweichung von der Norm zeigte dagegen die Haut beider Oberschenkel; der Process ist dabei rechts etwas intensiver ent-

wickelt, als links, betrifft übrigens fast die gesammte Haut beider Oberschenkel, indem sich nur die an das Scrotum anliegenden Hautpartien frei erweisen und reicht hinten über die Glutealgegend bis an die Crista ossis ilei beiderseits hinauf. Die Veränderung der Cutis beginnt vorn 5 Cm. unter der Inguinalfalte, parallel dem Poupartschen Bande. Beiderseits setzt sich die gesunde, fettreiche, normal gefärbte Haut in Form eines hellen Wulstes scharf gegen die erkrankten Hautpartien ab, welche mehr oder weniger braun gefärbt und degenerirt erscheinen. Schon beim ruhigen Liegen bildet die dünne, trockene, hie und da lebhaft abschuppende Cutis theils schräge, theils quere Faltungen. Die Gesammthaut lässt sich leicht verschieben, ist nirgends fest, straff oder ödematös, lässt sich leicht in grösseren Falten aufheben, welche nur sehr langsam wieder verstreichen oder ganz stehen bleiben, bis eine Bewegung sie verschwinden macht. Am auffälligsten ist die Faltung über beiden Knien und den Gefässgegenden. Die Faltung hat über den Knien eine Ausdehnung von 10 Cm. nach aufwärts, die Falten umkreisen theils halbbogenförmig, theils längsoval die Patella, sind 2 bis 3 Mm. breit, dicht aneinander gelagert, erstrecken sich seitlich über beide Epicondylen der Oberschenkel hinaus nach den Unterschenkeln zu, wo sie mehr oder weniger scharf abgesetzt in die gesunde Haut des Unterschenkels auslaufen. Noch ausgeprägter wird die Faltung und Runzelung der dünnen Haut, wenn Patient eine Weile gestanden hat. Besonders auffällig ist dann die Haut an den hinteren oberen Partien und über den Glutaeis in zahllose Falten gelegt, ebenfalls aber scharf gegen die gesunde Haut abgesetzt. Mit Ausnahme der über dem oberen Theile des Kreuzbeins, resp. unteren Theile der Wirbelsäule liegenden Haut ist hinten bis zur Höhe der Crista ossis ilei die Cutis beiderseits in gleicher Weise wie vorn degenerirt. Steht der Kranke, so bemerkt man eine von Minute zu Minute sichtbarer werdende lebhafte Injection äusserst zahlreicher, dilatirter grösserer und kleinerer cutaner, resp. subcutaner Venengeflechte; die vorher blassbraune, an einzelnen Stellen lichter erscheinende blattdünne Haut nimmt dabei allmählich ein cyanotisches Colorit an; hat sich der Patient eine Zeit lang ausser Bett bewegt oder längere Zeit gestanden, so ist die Füllung der Venen, von der grössten bis zu der kleinsten an beiden Oberschenkeln eine so intensive geworden, dass man ein wohlgelungenes Injectionspräparat vor sich zu haben glaubt. Die

grösseren venösen Gefässe erscheinen dabei nicht nur erweitert, sondern auch viel reichlicher verzweigt, als normal. Durch diese lebhafte Injection unterscheidet sich die augenscheinlich fettlose, durchscheinende, veränderte Haut von der gefässarmen fettreichen normalen um so deutlicher, als der Uebergang, wie bereits erwähnt, ein ganz jäher ist.

Ein wesentlicher Temperaturunterschied zwischen den kranken und gesunden Partien ist übrigens auch zur Zeit grosser Blutfülle nicht zu bemerken. Zu erwähnen ist ferner noch, dass die atrophischen Hautpartien nur äusserst sparsam mit blauen, dünnen, weichen Härchen besetzt sind, dass handtellergrosse Flächen sogar frei von Haaren gefunden werden. Während man an beiden Unterschenkeln hie und da zwischen gesunden Hautpartien Narben von älteren Geschwüren herrührend, ausserdem einige frische, schwer heilende atonische Geschwüre antrifft, welche auch den Kranken zum Eintritte ins Hospital veranlassten, ist an den Oberschenkeln kein Residuum eines geschwürigen Processes zu bemerken.

Um die Schweissbildung der erkrankten Hautpartien zu eruiren, injicirte ich eine stärkere Gabe Pilocarpinum muriaticum subcutan. Die trockenen atrophischen Partien blieben auch hierbei fast trocken, während die gesunden Stellen, entsprechend der Stärke der Dosis, eine lebhafte Schweisssecretion zeigten. Auch bei spontaner Schweissbildung kann man das Missverhältniss zwischen gesunden und kranken Hautstellen leicht constatiren. Bei der Sensibilitätsprüfung zeigte sich keine wesentliche Abweichung von der Norm. Der Kranke localisirt vollkommen richtig, erkennt rasch und deutlich, ob man sticht, streift, zupft, quetscht etc., vermag auch deutlich warm und kalt zu unterscheiden. Der Tastsinn ist anscheinend normal. Genaue Untersuchung mit den Tasterzirkel ist wegen der Faltung der Haut nicht möglich. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein kleines Hautstückchen excidirt. Die Untersuchung ergab vollkommenes Fehlen des Fettgewebes, Gesammtatrophie, auffallende Sparsamkeit der Schweissdrüsen und Haarbälge, sowie Fehlen der Papillen. Auffallend erschien die Beschaffenheit des Bindegewebes, dicht unter der (übrigens glatt verlaufenden) Epithelgrenze, welches wie gequollen aussah, ausserdem mit reichlichen Zellkernen durchsetzt war. Letztere waren zum Theil in isolirten, von Gefässen, Drüsen und Haarbälgen unabhängigen Gruppen angehäuft, zum Theil lagerten sie um die genannten Ge-

bilde; ein grosser Theil aber war zerstreut über das ganze Gewebe. Auffallende Veränderungen wurden an den Gefässen und Nerven nicht bemerkt. Die Dicke der Gesammtcutis betrug an dem ausgeschnittenen Stück 1·5 Mm., wovon 0·1 Mm. auf die Epidermis kommen. Die Muskeln unter den erkrankten Hautstellen waren schwächer, als bei dem sonst robusten Körperbau zu erwarten war, doch ergab die elektrische Untersuchung keine wesentliche Störung, auch war die Kraftentwickelung eine der Stärke der Musculatur entsprechende. Der Kranke klagte ausser über Schwäche der Beine und die ihn am Erwerbe hindernden geschwürigen Processe, über keinerlei Störungen des Gesammtbefindens, namentlich hat er über keinerlei Unbequemlichkeiten von Seiten der kranken Haut zu klagen. Während seines langen Aufenthaltes in der Anstalt hatten auch wir keine Gelegenheit, besondere Störungen zu bemerken. Namentlich war das Nervensystem intact, nur die Unterschenkelgeschwüre heilten schlecht und brachen wie fast alle derartigen Ulcerationen leicht wieder auf, wenn der Kranke viel umherging.

Anamnestisch ist hervorzuheben, dass das gesammte Hautleiden bei dem jetzt 36jährigen Maurer im 20. Lebensjahre sich entwickelte, an den Knien seinen Anfang nahm, anfangs sich nach oben und nach unten auszubreiten schien, schliesslich aber nur nach oben zu rapid fortschritt, so dass es schon nach einem Jahre die jetzige Ausdehnung erreichte. Der Process begann an beiden Beinen gleichzeitig, links war er von vornherein etwas schwächer ausgeprägt als rechts, was auch jetzt noch zu erkennen ist. Voll ausgebildet, machte nach Angabe des Kranken die Atrophie keine wesentlichen Fortschritte mehr, was die Ausdehnung betrifft, hingegen nahm sie an Intensität zu. Die Haut wurde dünner und welker, es bildeten sich häufig kleienförmige Abschuppungen, die Venennetze traten immer deutlicher und zahlreicher hervor. Ausserdem bildeten sich nun häufig, namentlich zur Winterszeit, an den bis dahin freien Füssen und Unterschenkeln die atonischen Geschwüre, an denen der Kranke heute noch leidet. Die ersten Geschwüre sind auf Traumen zurückzuführen. Die Aetiologie dieser interessanten Erkrankung ist in diesem Falle völlig dunkel. Nie war früher eine schwerere Erkrankung vorhanden, das Nervensystem ist intact; Erblichkeit ist auszuschliessen, da keiner seiner nächsten Angehörigen an einer ähnlichen Affection gelitten hat.

# Einige Bemerkungen über die anästhetische Form des Aussatzes.

Von **G. Armauer Hansen.**

Was ich hier mittheile ist nichts Neues; die Mittheilung ist aber durch die Darstellung veranlasst, die Herr Prof. Neisser in v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von der Lepra gegeben hat und welche in Bezug auf die anästhetische Form der Krankheit so unrichtig ist, dass man bedauern muss, dass die Darstellung in einem Lehrbuche Platz gefunden hat. Herr Prof. Neisser unterscheidet zwischen Lepra tuberculosa oder L. cutanea und Lepra nervorum; in dieser letzteren Form sollen keine specifischen, leprösen Productionen in der Haut vorkommen; was wir als maculae leprosae bezeichnen, wird der tuberculösen Form zugewiesen. In der anästhetischen Form oder bei der Lepra nervorum sollen nur abnorme Pigmentbildungen vorkommen. Pag. 634 stellt Herr Neisser die differentialdiagnostischen Merkmale der Flecken in der Lepra nervorum und der Lepra tuberculosa neben einander, sich an J. Hillis' Schilderung anlehnend. Ich kenne leider nicht die Arbeit von J. Hillis, die Herr Neisser „ein sehr empfehlenswerthes Werk" nennt. Was aber aus dieser Zusammenstellung so wie aus der ganzen Darstellung des Herrn Neisser ganz offenbar hervorgeht, ist, dass Herr Neisser die Krankheit nur sehr wenig aus eigener Beobachtung kennen kann, und dass er die ihm zugängliche Literatur nur oberflächlich oder gar nicht benützt hat. Sonst würde er die von Danielssen und Boeck gegebene Darstellung der anästhetischen Form des Aussatzes nicht so vollständig negligirt haben können. Die spätere Arbeit von Danielssen: Traité de la forme anésthétique de la Spedalskhed, Christiania 1862, scheint Herr Neisser nicht zu kennen; aber schon im Traité de la Spedalskhed, Paris 1848, welche Arbeit von Herrn Neisser in seinem Literaturverzeichniss als von ihm benützt angegeben wird, wird man finden, dass es nach diesen Autoren eine Form des Aussatzes gibt, in welcher die Patienten zuerst Ausschläge in der Haut in Form von Flecken bekommen, die ein oder mehrere Jahre bestehen bleiben und allmählich verschwinden, entweder ohne Spuren zu hinterlassen, oder mit Hinterlassung weisser oder braun pigmentirter Narben. Diese Narben sind wahrscheinlich die abnormen

Pigmentbildungen Neisser's, die nach ihm unspecifischen und einzigen Flecken in der Lepra nervorum; das Anfangsstadium gehört nach ihm der Lepra tuberculosa. Wenn von Verwirrung, von welcher Herr Neisser in dieser Verbindung spricht, die Rede sein kann, dann ist es freilich hier. Die Herren Danielssen und Boeck haben aber nicht die Verwirrung angestiftet; sie haben gerade Ordnung geschaffen. Die Verwirrung rührt aber von den Herren her, die entweder nicht so genau beobachtet haben wie Danielssen und Boeck, oder die urtheilen wollen ohne überhaupt beobachtet zu haben. Ich kenne den Aussatz nur aus Norwegen, glaube aber nach den Aussagen eines so bewährten Kenners der Lepra wie Dr. Carter aus Bombay[1]) zu urtheilen, dass die Krankheit in den Tropen ganz dieselben Charaktere darbietet wie hier bei uns, und ich kann bezeugen, dass die Darstellung der Herren Danielssen und Boeck vollständig correct ist. Gleichzeitig mit dem Ausbruche der Flecken oder kurz nachher werden die Nerven angegriffen, und während die Flecken verschwinden, geht die Nervenaffection gewöhnlich weiter, doch, wie ich glaube annehmen zu können, nicht durch die Fortentwicklung der specifischen Affection, sondern durch eine secundäre Entzündung an gewissen Stellen im Verlaufe der Nervenstämme, wo dieselben äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt sind, das heisst an den Gelenken, Ellbogen, Hand und Knöchelgelenk, und es entsteht in Folge der sich später einstellenden Narbenbildung in den Nerven und der durch dieselben veranlassten Compression und Atrophie der Nervenfasern, Anästhesie in den von den betreffenden Nerven versorgten Hautpartien. Da nun die Fleckennarben auch anästhetisch sind, so wird Anästhesie das am meisten hervortretende Symptom, und die Benennung: anästhetische Form der Krankheit scheint somit sehr wohlberechtigt. Der anatomische Bau der Flecken ist ganz derselbe wie der der Knoten in der tuberculösen Form, nur dass in denselben bis jetzt keine Bacillen gefunden sind. Die Infiltration mit Rundzellen ist auch keine so dichte, wie in den

[1]) Herr Dr. Carter hielt sich im Jahre 1873 oder 1874 mehrere Monate in Bergen auf um den Aussatz hier zu studiren und ich verkehrte mit ihm täglich während dieser Zeit, und lernte ihn als einen sehr kenntnissreichen Mann und genauen Beobachter kennen. Er hatte damals auch den Aussatz in Syrien und Palästina studirt, kennt die Krankheit auch, wie aus seinen Arbeiten hervorgeht, in Vorderindien sehr genau; ich glaube daher, dass ich mich auf ihn vollständig verlassen kann.

Knoten und in den Infiltrationen, die in der tuberculösen Form vorkommen, und die immer viel dichter und fester sind als die Flecken in der anästhetischen Form. Herr Neisser hat wahrscheinlich diese Infiltrationen und die Flecken nicht auseinander gehalten oder halten können, weil er die Flecken kaum gekannt hat. Ich zweifle doch nicht daran, dass die Bacillen in der Zukunft in den Flecken der anästhetischen Form gefunden werden, denn ich habe vor Jahren, als ich die Bacillen noch nicht gefunden hatte, lepröse Lymphdrüsen bei einem anästhetischen Patienten gesehen, die vollständig den in der tuberculösen Form zu findenden Lymphdrüsen entsprachen, und, wenn ich mich recht erinnere, habe ich auch damals in Flecken die braunen Elemente gefunden, die ich jetzt als Ansammlungen von Sporen und sporenbildenden Bacillen erkannt habe. Ausserdem kommt es, ob auch sehr selten, vor, dass ein Patient, der nur Flecken hat und das Bild eines Anästhetikers darbietet, mit der Zeit auch Knoteneruptionen bekommt und das wahrscheinlich durch Selbstinfection, und in den Knoten vermisst man nie die Bacillen. Auch in den Nerven von Anästhetikern sind bis jetzt keine Bacillen gefunden worden, was aber leicht erklärlich ist, da man die Nerven erst zur Untersuchung bekommt, wenn der lepröse Process schon längst abgelaufen ist und nur die Narbenbildung der wahrscheinlich secundären Entzündung noch übrig ist. Nach dieser Narbenbildung zu urtheilen, kann es aber kaum zweifelhaft sein, dass die Nervenaffection in beiden Formen dieselbe ist. Denn auch in der tuberculösen Form sind die Nerven immer angegriffen, und in dieser Form findet man fast immer die Affection an Leichen in einem Stadium, in welchem der Nachweis von Bacillen in Nerven ebenso einfach ist, als sonst in allen Affectionen der tuberculösen Form. Und diese Nervenaffection der tuberculösen Form nimmt wie dieselbe der anästhetischen Form ihren Ausgang in Narbenbildung, indem eine secundäre Entzündung sich an den oben bezeichneten Stellen der Nerven entwickelt. Es ist somit ein Irrthum des Herrn Neisser, wenn er meint (pag. 649), dass ich „eine Differenz des an den Nerven sich abspielenden Vorganges für die beiden Formen der Lepra“ supponire; ich habe nur gesagt, dass ich selbst bisher keine Bacillen in der anästhetischen Form gefunden habe, und dass der Befund Neisser's von Bacillen in Nerven nichts Neues ist und nichts beweist für die Identität der zwei Formen der Krankheit, wenn wir nicht wissen, ob der Nerv, in welchem die

Bacillen gefunden wurden, von einem tuberculösen oder einem anästhetischen Patienten herstammte. Ich verstehe aber jetzt ganz gut, dass Herr Neisser kein besonderes Gewicht auf diesen Umstand gelegt hat, denn sein Aufsatz in v. Ziemssen's Handbuch zeigt zur Genüge, dass er die anästhetische Form der Krankheit höchst unvollständig kennt und wahrscheinlich nie Gelegenheit gehabt hat dieselbe klinisch zu beobachten, und dass er nicht versteht, dass es eine Möglichkeit, wenn auch keine Wahrscheinlichkeit dafür gibt, dass die zwei Formen genetisch verschieden sind.

Für weitere Aufklärung über meine Auffassung der zwei Formen verweise ich den Leser auf meinen Aufsatz in diesem Archiv, 3. Jahrgang, Heft 4, 1871.

---

# Erwiderung auf den vorstehenden Aufsatz von Armauer Hansen in Bergen.

Von **Prof. A. Neisser** in Breslau.

Ich hatte mich wohl darauf gefasst gemacht, dass meine in Ziemssen's Handbuch (Band XIV) veröffentlichte Arbeit zu mehr oder weniger kritischen Bemerkungen Anlass geben würde, zumal ich mir selbst nicht verhehlt und es ja auch mehrmals ausgesprochen habe, dass Hypothesen häufig genug acceptirt und der Darstellung zu Grunde gelegt werden mussten. Kritik und Widerspruch hatte ich demnach erwartet, aber Bemerkungen voll solch persönlicher Invectiven und mit derartiger Animosität vorgetragen, haben mich doch überraschen müssen, und um so mehr, als sachliche Gründe zu so leidenschaftlicher Behandlung gar nicht vorhanden zu sein scheinen.

Betrachten wir erst diese sachlichen Differenzpunkte zwischen Hansen und mir.

Den ersten Streitpunkt bildet die Auffassung gewisser maculöser Erscheinungen im Laufe der sogen. anästhetischen Lepra. Hansen tadelt es, dass ich diese maculösen Formen, welche er oben schildert, nicht zur anästhetischen, sondern zur tuberculösen Form rechne.

Darauf erwidere ich: Ich habe die Erscheinungen, wie sie im Laufe der Lepra auftraten, nicht zu klinischen Bildern, wie Han-

sen, der gewöhnlichen Eintheilung folgend, es thut, zusammengestellt, sondern habe die Symptome streng geordnet, je nachdem sie sich auf primäre Haut- oder auf primäre Nervenaffection zurückführen lassen und habe die ersteren im I. Capitel unter der Ueberschrift: Lepra tuberculosa, Lepra cutanea, die letzteren im II. Capitel als Lepra nervorum abgehandelt. Was also als primäre Hauterkrankung sich mir darstellte, wurde bei der Lepra tuberculosa, Lepra cutanea abgehandelt; was Nervenerkrankung und Folge derselben zu sein schien, wurde bei Lepra nervorum besprochen. — Hätte Hansen mich in dieser Auffassung richtig verstanden, was sicher bei ruhiger, leidenschaftsloser Lecture meiner Arbeit der Fall gewesen wäre, so würden seine Bemerkungen gewiss eine andere Form angenommen haben. Er hätte meine Darstellung als nicht praktisch bemängeln können, worüber sich ja streiten lässt, er hätte urgiren können, dass meine Schilderungen nicht den klinischen Standpunkt festhalten, aber er hätte den sonst in wissenschaftlichen Fragen gebräuchlichen Ton vielleicht nicht in so auffälligem Grade verlassen. Denn in der Sache selbst ist er meiner Ansicht!

Er schreibt selbst oben: „Der anatomische Bau dieser Flecken“ (die er für die anästhetische Form reclamirt, ich als L. cutanea schilderte) „ist ganz derselbe, wie der der Knoten in der tuberculösen Form, nur dass in denselben bis jetzt keine Bacillen gefunden worden sind“. „Ich zweifle auch nicht daran, dass die Bacillen in der Zukunft in den Flecken der anästhetischen Form gefunden werden, denn ich habe vor Jahren u. s. w.“ (siehe oben). Dies die eigenen Worte Hansen's.

Woher nun seine Entrüstung darüber, dass ich die Bildung dieser Flecken als cutane Lepra, und nicht als nervöse auffasse, wenn er selbst die Entstehung eben dieser Flecke mit bacillärer Invasion in Zusammenhang bringt, und doch wissen musste, dass die Localisation des leprösen, id est bacillären Processes es war, welche mich bestimmte, die einzelnen Symptome, in welcher Combination oder „Form“ sie auch auftraten, als cutane Lepra im I. Capitel oder im II. Capitel als Lepra nervorum zu schildern.

Ein derartiges Missverständniss meiner ganzen Auffassung war von Hansen um so weniger zu erwarten, als er meinen Standpunkt: „Die Lepra und alle ihre Symptome sind Folge des Bacillus“ doch wohl theilt, also meine Darstellung als direct logische Consequenz

dieser bacteriellen Genesis anerkennen muss. Wer den Bacillus als Ursache der Lepra acceptirt, muss, glaube ich, auch meine Darstellung billigen und die Krankheit mit mir in zwei grosse Symptomengruppen, die sich als Lepra cutanea und Lepra nervorum wesentlich gegenüberstehen, trennen; nicht aber wird er aus einem abweichenden Eintheilungsprincipe dem Gegner Unkenntniss der Literatur, Mangel an Krankheitsbeobachtung vorzuwerfen sich erlauben.

Was hat mich nun aber veranlasst, von der bisher allein geübten Eintheilung nach klinischen Gesichtspunkten abzugehen? Nichts als die Erwägung, dass es klinische, am Kranken zu beobachtende Typen von reiner Hautlepra oder reiner Nervenlepra nicht gibt, und dass daher Derjenige, der die Kranken classificirt und nicht die Symptome, naturgemäss zu einer schwankenden, wissenschaftlich unbrauchbaren Eintheilung gelangt. Da ich nun der Ansicht bin — und Hansen secundirt mir in denkbar wünschenswerther Weise — dass die Maculae, deren Vernachlässigung bei der Schilderung der anästhetischen Form Hansen mir vorwirft, auf einer Bacilleninvasion beruhen, daher primäre Hauterkrankungen sind, habe ich sie selbstverständlich als Symptome der Lepra cutanea besprochen. Klinisch würde ich eine Krankheitsform, wie Hansen sie oben als „anästhetisch“ bezeichnet, als „gemischt“ hinstellen, da es sich sowohl um (bacilläre) Nerven- wie (bacilläre) Hautaffection bei derselben handelt.

Ein zweiter Differenzpunkt besteht, wenn ich ihn aller persönlichen Bemerkungen entkleide, in unserer Auffassung oder vielmehr in unserer Darstellung der Nervenerkrankung bei der sogenannten anästhetischen Form.

Dass Bacillen die Ursachen der Nervenerkrankung in der tuberculösen (klinisch gedacht!) Form sind, gibt Hansen zu, wobei ich bemerken möchte, dass der von mir in den Nerven gemachte Bacillenbefund in der That neu war. Oder kann Hansen eine ältere beweiskräftige Mittheilung darüber nachweisen? Bei der sogenannten anästhetischen Form hat nun bisher Hansen ebenso wenig wie ich Bacillen gefunden, was Hansen, ganz wie ich, daraus erklärt, „dass man die Nerven erst zur Untersuchung bekommt, wenn der lepröse Process längst abgelaufen ist und nur die Narbenbildung noch übrig ist“. Thatsächlich sind wir also über den gegenwärtig noch ausstehenden Nachweis der Bacillen, aber auch über den Grund dieses Mangels nicht verschiedener Ansicht. Nun hatte ich aber pag. 649

geschrieben: Hansen macht in einer eben erschienenen Arbeit den Einwand, dass diese Befunde Geltung beanspruchen könnten nur für die Nervenveränderungen der tuberculösen Form. Es ist jedoch seine Aufgabe, die von ihm supponirte Differenz des an den Nerven sich abspielenden Vorgangs für die beiden Formen der Lepra zu erweisen. Vorderhand ist meine Auffassung die allgemein seit Jahren herrschende.

Wegen dieser angeblich von mir ihm imputirten „Supposition" giesst Hansen seinen ganzen Zorn über mich aus.

War denn aber in der That jene Supposition ihm von mir angedichtet? Gewiss nicht. Man lese, was Hansen in Virchow's Archiv, Bd. 90, pag. 544 geschrieben hatte: „Wenn also nicht Bacillen in den Nerven eines an der anästhetischen Form leidenden Patienten nachgewiesen sind, so besteht noch die Möglichkeit (sic!), dass die zwei klinisch so differenten Formen auch eine differente Pathogenese haben".

Es ist also wohl doch kein Irrthum meinerseits, wenn ich nach diesen oben citirten Worten Hansen's (vergleiche auch die Schlussfolge des vorstehenden Artikels) sage, dass Hansen für die Entstehung der beiden Aussatzformen die Existenz zweier differenter Krankheitsursachen als möglich hinstellt. Ich meinerseits bleibe bei meiner Behauptung, dass Hansen zur Zeit kein Recht hat, eine solche Möglichkeit anzunehmen, dass er für diese Supposition den Beweis zu erbringen hat und dass bis dahin die althergebrachte Ansicht von der Identität der Pathogenese die besser gestützte, wenn auch nicht absolut bewiesene ist. Ich halte fest an ihr und meine: Ebenso wie jene oben von Hansen angezogene anästhetische Form, d. i. Anaesthesie etc. plus Maculae, de facto eine gemischte ist, so ist nicht minder die tuberculöse „Form" Hansen's, welche von nervösen Affectionen begleitet ist, als gemischte zu erachten, da sowohl Nerven als Haut primär unter dem Einfluss der Bacilleninvasion erkrankt sind und demgemäss in beiden Fällen Combinationen von Lepra cutanea und Lepra nervorum, also gemischte „Formen" vorliegen.

Wegwerfende Bemerkungen über den Grad meiner Unbekanntschaft mit der Lepra tragen zur Klärung der Aetiologie der anästhetischen Form wohl wenig bei. —

Hiermit dürften die sachlichen Einwürfe Hansen's ihre Erle-

digung gefunden haben. Da auf diese Hansen seine masslosen Angriffe, insbesondere die Behauptung basirt, dass ich die anästhetische Form nicht aus eigener Anschauung kenne, so erscheint es mir ganz übrig, auf dieselben näher einzugehen.

Lege ich mir nun die Frage vor, welchen Anlass hatte Herr Hansen (gleich im Eingang seiner Arbeit, noch vor jeder Discussion), sich so injuriöser Ausdrücke zu bedienen, — so fehlt mir jeder Aufschluss, jede Erklärung! Es müsste denn meine Mitarbeiterschaft in der Erforschung der Lepra-Aetiologie und die Verschiedenheit meiner Auffassung der letzteren als persönliche Beleidigung angesehen und in ihr eine Verkümmerung der von mir nach Gebühr gewürdigten Verdienste Hansen's gefunden werden?

Habe ich bisher zu dem unfreundlichen Ton, den Herr Hansen in allen seinen Publicationen gegen mich angeschlagen hat, geschwiegen, weil ich seiner und der norwegischen Collegen gegen mich geübten Gastfreundschaft dankbar gedachte und überhaupt jeder persönlichen Polemik abhold bin, so sehe ich mich heute nach Herrn Hansen's vorstehenden Zeilen veranlasst, unter historischer Darlegung der Entwicklung der Leprabacillus-Lehre mein gutes Recht zu wahren und mich gegen ungerechtfertigte Schädigungen meines Antheils an Arbeit und Erfolg auf diesem Gebiete ein für alle Mal zu schützen.

1869 und 1874 publicirte Hansen die Entdeckung stäbchenförmiger Gebilde in den Leprazellen. Er hielt sie für Mikroorganismen, ohne jedoch im Stande zu sein, Anderen die Ueberzeugung von der Richtigkeit seines Befundes beizubringen. Selbst sein mir gewiss nicht parteiisch gestimmter Collega Danielssen sprach mit eignen Worten mir 1879 seine absolute Ungläubigkeit gegenüber Hansen's Befunde aus. Alle Welt verhielt sich ebenso passiv, kannte die Hansen'schen Funde entweder gar nicht oder schenkte ihnen keinen Glauben. Weder in Norwegen, noch sonst irgendwo, war, abgesehen von Carter, von einer parasitären Aetiologie der Lepra die Rede. Selbst in den umfangreichsten Lehrbüchern (Hebra-Kaposi u. s. w.) ist nicht mit einem Worte des Hansen'schen Befundes Erwähnung gethan. Es fehlte eben seiner Thesis der objectiv erbringbare Beweis.

Diesen Beweis nun konnte ich in dem am 10. October 1879 gehaltenen Vortrage (Bresl. ärztl. Zeitschrift Nr. 20, 21, 1879) erbringen. Die Existenz der Bacillen wurde in allen Organen

Jedermann demonstrirt und Jedermann in den Stand gesetzt, sich zu überzeugen, dass in der That wohlcharakterisirte Bacillen der Lepra eigenthümlich wären.

Mitte October versandte ich die Separatabdrücke meines Vortrags, auch nach Bergen.

Erst ein Vierteljahr später, im Januar 1880, erschien Hansen's Aufsatz in Virchow's Archiv, Band 79, der in keiner Zeile etwas Neues brachte, sondern nur eine Bestätigung meiner Befunde und nebenher den Abdruck alter, übrigens an sich werthloser Versuchsprotokolle enthielt. Der Umstand, dass dieser Aufsatz gleichzeitig in deutscher, französischer und englischer Sprache verbreitet wurde, ändert nichts an der Thatsache, dass er ein volles Vierteljahr später erschien, als meine Arbeit, die die Lepra sämmtlicher Organe behandelte, während Hansen auch damals noch nur über wenige Hautpräparate berichten konnte. (Vergl. meine Arbeit vom Jahre 1879 mit Hansens Publication, die im Jahre 1880 erschienen ist.)

Wenn ich also Hansen, jetzt wie früher, das Verdienst zuerkenne, der Erste gewesen zu sein, der die fraglichen Gebilde sah, so reclamire ich für mich das Verdienst, diesen Gebilden in der Pathologie ihren berechtigten Platz geschaffen zu haben, da ich es war, der sie zuerst als Bacillen erkannte und der ihre Verbreitung im Körper constatirte und ausführlich beschrieb. Für die Richtigkeit dieser Beschreibungen habe ich keine geringere Autorität, als die Virchow's (vergl. Virch. Arch., Band 79, pag. 208) anzuführen. Den entscheidenden Beweis für meine Priorität in dieser letzteren Frage liefert Hansen selbst, indem er pag. 32 seiner Arbeit schreibt: dass er erst nach Kenntnissnahme meiner Befunde seine Arbeit veröffentlicht hat. —

Sollte Herr Hansen an dieser Darstellung etwas auszusetzen haben, so erwarte ich eine entsprechende, auf Thatsachen gestützte Berichtigung!

# Ueber einige Inoculationsresultate von Sklerosen auf dem Träger.

Von **Dr. E. Pontoppidan** in Kopenhagen.

Die Nichthaftung bei Autoinoculationen von syphilitischen Initialsklerosen ist die feste Burg derjenigen Theorie, welche die Induration als Symptom allgemeiner Durchseuchung auffasste. Die andere Richtung, welche das graduelle Weitergreifen der Noxe aus einem localen Herd annimmt, — die Excisionsschule praktisch gesprochen — möchte aber mit Recht einwenden, dass, selbst die Richtigkeit der absoluten Nichthaftung gesetzt, damit doch nichts für den Inoculationsaugenblick, sondern höchstens für diesen Zeitpunkt plus die Incubationszeit einer neuen Sklerose bewiesen wäre. Die unscheinbaren Vorgänge, welche die erste Incubation constituiren, mögen sich vielleicht ganz normal wie in jedem anderen nicht syphilitischen Boden abspielen, und erst später, wenn die im grösseren Massstabe stattfindende Entwicklung eintreten sollte, findet sie einen durchgeseuchten Organismus. Und auch diese weitere Entwicklung kann ja unter günstigen Verhältnissen (früher Zeitpunkt der Impfung) zu Stande kommen, wie die wenn auch spärlichen Beispiele von Hunter'schen Schankern nach Autoinoculationen zeigen. Ein weniger ausgesprochenes aber doch positives Resultat ergibt sich, wie ich glaube, bei genauerer Beobachtung recht häufig, indem nach Ablauf der normalen Incubationszeit die Erscheinung kleiner röthlicher Flecken oder minimaler bald wieder schwindender Papeln auf den bisher unsichtbaren Einstichsstellen zeigt, dass die Keime doch nicht ganz erloschen waren, dass etwas da noch lebt und wächst, wenn auch verkümmert. Solche abortive Inoculationspapeln habe ich während einer längeren Reihe von Impfungen ziemlich häufig beobachtet, und in drei Fällen wurde die Entwicklung so bedeutend, dass wenigstens das erste Stadium typischer Sklerosen ziemlich erreicht wurde. Von dergleichen abortivem aber doch positivem Impfungsresultate findet sich in der Literatur nur spärlich Erwähnung; Bumm hat (diese Vierteljahrs. 1882 S. 266) einen ganz ähnlichen Fall mit einer ähnlichen Deutung mitgetheilt. Von meinen drei Fällen, die ich hier kurz folgen lasse, ist der eine (Nr. 1) schon früher (Hospitalstidende 1883 Nr. 13) veröffentlicht worden; die anderen sind neu.

1. C. J. wurde am 3. Februar 1883 im Communehospital aufgenommen. Der Infectionstag konnte wegen mehrmaliger Cohabitationen nicht bestimmt eruirt werden. Es fand sich ein erbsengrosses, unreines Geschwür im Sulcus coron. mit schwacher, beginnender Induration und sehr geringer Schwellung der Leistendrüsen. Am 2. Tage nach der Aufnahme wurde eine Inoculation (3 Lancettenstiche auf dem Unterleibe) ausgeführt. Am 5. Tage (ebenfalls nach der Aufnahme gerechnet) wurde negatives Resultat notirt; die unbedeutende Spur der Stiche zeigte keine Reaction und verschwand später. Auf der rechten Seite des Penis, ungefähr in der Mitte, bildete sich eine Pustel, die eine erbsengrosse Erosion hinterliess, an welcher sich am 11. Tage die Basis infiltrirt zeigte. Das Geschwür im Sulc. coron. war nun deutlicher indurirt. Am 13. Tage waren die Drüsen in der rechten Leiste grösser und indolent geworden. Am 15. Tage waren die Ulcerationen beide stärker indurirt. An den Inoculationsstellen waren hanfkorngrosse, rothe, etwas erhöhte Papeln entstanden. Constitutionelle Symptome waren nicht vorhanden. Die Papeln, namentlich eine von ihnen, nahmen nun stetig an Grösse zu, während die Ulcerationen heilten. Am 22. Tage war die eine der Papeln erbsengross und deutlich hart. Am 27. Tage hatten sich die Papeln nicht weiter verändert, die Geschwüre waren geheilt, aber die Narben indurirt. Am 31. Tage hatten die Papeln weiter an Grösse zugenommen (die grösste bis zur Grösse einer kleinen Bohne) und waren deutlich indurirt anzufühlen. Der Kranke klagte über Kopfschmerzen und Mattigkeit. Am 36. Tage waren alle Indurationen etwas geschwunden, auch die Inoculationspapeln, von denen die grösste eine kleine Kruste auf der Spitze hatte; es war ein maculöses Syphilid aufgetreten.

Der Kranke hatte somit 3 Indurationen, die zu verschiedener Zeit aufgetreten waren: die bei der Aufnahme vorhandene an der Glans, die an der Haut des Penis, welche erst am 11. Tage beginnende und am 15. deutliche Induration zeigte, und endlich die Inoculationspapeln am Unterleibe.

2. J. J. wurde am 25. Juni 1883 im Communehospital aufgenommen. Letzter Coitus vor 4 Tagen, vorletzter vor 3 Wochen. Seit vierzehn Tagen hatte er kleine Abschürfungen des Präputiums bemerkt. Jetzt wurde ein erbsengrosses, tiefes, unreines Ulcus und einige kleinere im Sulcus coron. constatirt, die zweifelhaft indurirt waren. Die Inguinaldrüsen waren etwas geschwollen. Am 2. Tage wurden 3 Ein-

impfungen am Abdomen gemacht, die am 4. Tage sich resultatlos zeigten. Am 6. Tage waren die Ulcera reiner, aber die harte Infiltration im Zunehmen. Am 18. Tage war die Induration bedeutend und erstreckte sich bis um das Orificium urethrae. Die Drüsenschwellungen vergrösserten sich, keine constitutionellen Symptome. Am 23. Tage wurde bemerkt, dass auf den Inoculationsstellen stecknadelkopfgrosse, hellrothe, leicht erhabene Papeln zum Vorschein kamen. Am 31. Tage zeigte sich ein maculöses und papulöses Exanthem, die Inoculationspapeln waren während der Zeit grösser geworden, deutlich fühlbar und hart. Am 39. Tage fingen die Inoculationspapeln an abzublassen, am 40. Tage wurde eine Injectionscur (Hydrarg. Formamid.) angefangen. Am 44. Tage wurden die Impfpapeln schuppend und abgeflacht; die übrigen Papeln noch deutlich erhaben. Am 58. Tage zeigten sich auf der Stelle der Inoculationspapeln nur pigmentirte Flecken. Die übrigen Symptome waren bis auf einen Rest der Induration an der Glans ganz verschwunden.

3. M. J. wurde am 6. August 1883 im Communehospital aufgenommen. Infection wurde ca. einen Monat zurück datirt. Der Kranke hatte am Collum glandis rechts einige bohnenförmige, schmutzige, ziemlich reichlich secernirende Ulcerationen mit unbedeutender Infiltration im Umfange und kleine Drüsenschwellungen in den Leisten. Am 3. Tage wurden 3 Inoculationen vorgenommen, die am 5. Tage negatives Resultat zeigten. Am 9. Tage waren die Inoculationsstellen kaum sichtbar. Am 11. Tage waren die Inguinaldrüsen vergrössert, indolent, keine weiteren Zufälle. Am 16. Tage wurde bemerkt, dass auf den Inoculationsstellen, die bisher vollkommeu verschwunden waren, zwei stecknadelkopfgrosse, röthliche Papeln hervorgekommen waren. Am 20. Tage war besonders die eine derselben angewachsen und deutlich erhaben. Am 23. Tage hat sie wieder an Grösse zugenommen, war ungefähr erbsengross, deutlich fühlbar und hart und hatte einen kleinen Schuppenkragen auf dem Apex. Keine constitutionellen Symptome. Am 24. Tage erschien ein maculöses Syphilid auf dem Stamm; kleine Drüsen wurden in den Leisten, am Condyl. humeri und am Halse gefühlt und wurde am 26. Tage eine Injectionscur eingeleitet. Am 27. Tage waren die Flecken zahlreich, die Impfpapel erbsengross, fühlbar scharf begrenzt, aber flacher und auf der Oberfläche schuppend. Am 30. Tage flachen die Impfpapeln ab, die Flecken noch sichtbar. Am 41. Tage schwanden die Flecke, die Impfpapeln

waren noch bemerkbar. Am 42. Tage zeigten sich oberflächliche Ulcerationen auf den Tonsillen, die touchirt wurden. Am 45. Tage fand sich noch bedeutende Induration an der Glans sammt Drüsenschwellungen; die übrigen Symptome waren geschwunden; auf der Stelle der Inoculationspapeln waren nur glatte Pigmentflecke.

Wir sehen in diesen Fällen einen sehr gleichartigen Vorgang: Eine Inoculation, deren Zeitpunkt mit dem ersten, beginnenden, noch etwas dubiösen Auftreten der Induration zusammenfällt, gibt nach einer zwei- bis dreiwöchentlichen Incubation, während welcher gar keine Reaction beobachtet wird, als Resultat die Erscheinung ganz kleiner, anfänglich kaum fühlbarer reichlicher Papeln, welche immer dem Ausbruche constitutioneller Symptome vorausgehen und welche nach einem kürzeren oder längeren Wachsthum bis zur Erbsengrösse wieder mit dem Ausbruche allgemeiner Syphilis abflachen und schwinden.

Diese Papeln mit Tarnowsky als Pseudo-Induration, als Resultat von Reizung eines syphilitischen Bodens aufzufassen, wäre hier, wo die kleine Reizung der Impfung schon längst ohne unmittelbare Reaction vorüber war, die Reizungstheorie übrigens bei Seite gelassen, vielleicht doch etwas weit hergeholt.

Ich sehe keinen anderen Ausweg, als diesen Papeln dieselbe Deutung zu geben, die Boeck und Bidenkap ihren ähnlichen, wenn auch weiter gediehenen Impfungsresultaten gegeben, und zwar als wirkliche Sklerosen, wenn sie auch nur abortiv verlaufen und nicht besonders zum Zerfall und Ulceration kommen, sondern bei dem Eintreten der Allgemeininfection sich schnell zurückbilden.

In die Lehre von der graduellen Ausbildung der Syphilis von dem localen Focus aus passen ja diese Erfahrungen mit ihrer hier gegebenen Deutung ganz gut hinein; ein weiteres Auseinandersetzen ihrer Bedeutung für Theorie und Praxis hiesse an dieser Stelle nur Allbekanntes wiederholen; eine einfache Mittheilung der Beobachtungen ist gewiss genügend.

---

# Ein Fall von Excision einer Initialsclerose.

Die nachfolgende Krankheitskizze ist der Redaction von dem Kranken selbst zur Verfügung gestellt und unverändert abgedruckt worden. D. R.

F. R. Stud. med., 24 Jahre alt, der bisher an keiner venerischen Krankheit gelitten hatte, übte den 5. Juli 1883 den letzten Coitus aus. Er bemerkte gleich danach vorne auf der Vorhaut eine kleine lineare Trennung des Zusammenhangs, die dem Anschein nach von einem Schnitt mit einem Haare herrührte. Er wusch die Wunde mit einer Lösung von Kali hyperm. Die Excoriation wollte jedoch nicht heilen. Den 11. Juli bemerkte er auf derselben eine kleine weissliche Kruste. Er gab auf ärztliches Anrathen Oel mit acid. phenil. darauf. Doch bereits den 13. Juli stellten sich Schmerzen in den Lymphdrüsen der rechten Inguinalgegend ein. Patient suchte deshalb den 16. Juli Herrn Prof. Auspitz auf. Die Wunde wurde mit einem Lapisstift zweimal tüchtig geätzt, worauf sich heftige Reactionserscheinungen einstellten. Die Gefahr einer drohenden Phimose wurde durch kalte Umschläge beseitigt. Auf die Wunde kommt Jodoformsalbe; der Verband wird 4stündlich erneuert. Den 20. Juli beginnt die Wunde einen reichlichen, ziemlich consistenten, gelblichweissen Eiter abzusondern. Lymphdrüsen der linken Inguinalgegend etwas schmerzhaft und geschwellt. Die der rechten Seite auch geschwellt. Das Geschwür fühlt sich weich an. — Vom 26. Juli an kommt auf die Wunde reines Jodoformpulver. Secret etwas spärlicher. Den 3. August wird auf die Wunde, welche an der Basis einige Härte zeigt, Emplast. hydrarg. applicirt. Doch wird damit nach 2 Tagen ausgesetzt und die Wunde von neuem mit Jodoform behandelt.

Die Lymphdrüsen der Inguinalgegend beim Gehen und auf Druck noch immer ein wenig schmerzhaft. Die Wunde beginnt gegen den 13. August zu verheilen, das Secret wird immer spärlicher, kleine Blutungen aus der Wunde. Am selben Tage ist in der Wunde eine vollkommen deutliche Härte zu verspüren, die jedoch nicht scharf umschrieben ist. 15. August ist die Härte umschrieben, von Bohnengrösse und fühlt sich an wie ein vertical stehendes Brettchen.

Den 16. August wird die Excision der Härte am oberen Theile des Präputiums vorgenommen, wobei auch Theile des gesunden Präpu-

tiums excidirt werden. Die Wunde mit 4 Nähten genäht und mit 3% Carbollösung gewaschen.

Die Operation dauerte einige Minuten und wurde mit einer Scheere gemacht und die Wunde mit Salicylgaze verbunden.

Die excidirte Sclerose fühlte sich auch nach der Trennung vom Körper fast bretthart und scharf umschrieben an, ihre Grösse war in diesem Zustande etwa die einer kleinen Bohne.

Den 17. August wird der erste Verband abgenommen, keine Nachblutung; der Verband in gleicher Weise erneuert. Die Vorhaut in ihrem untern Theile stark ödematös geschwellt, 18. August werden die Nähte abgenommen; die Wunde hat ein gutes Aussehen und es hat den Anschein, als ob sie per primam heilen würde.

20. August beginnt die Wunde ein spärliches Secret abzusondern. In den nächst folgenden Tagen wird das Secret immer reichlicher; die ganze obere Fläche des Frenulum geht in Eiterung über. Die Wunde wird mit 2% Carbollösung gewaschen und mit Jodoform bestreut.

Die Wunde selbst ist äusserst schmerzhaft. Die Lymphdrüsen auf beiden Seiten geschwellt und schmerzhaft.

Ende August lässt die Eiterung nach. Anfangs September heilt die Wunde; Lymphdrüsen nicht mehr schmerzhaft.

10. September. Wunde vollständig verheilt; die Krusten werden entfernt. Die Narbe fühlt sich etwas hart an. Lymphdrüsenschwellung geht zurück.

16. September wird Patient aus der stabilen Behandlung entlassen. Lymphdrüsen in der Inguinalgegend noch zu fühlen.

23. October stellt sich Patient wieder vor; Narbe fühlt sich ganz weich an. Kein Exanthem.

10. November kein Exanthem, Lymphdrüsen normal. — Patient bleibt noch in Beobachtung.

1. December: Status idem.

20. December: keine Veränderung.

# Ein Fall von gummöser Augenlid-Affection.

Von **Dr. J. Dornig,** Primararzt in Laibach.

Nach Juliusburger's Zusammenstellung[1]) ist die Zahl der bisher publicirten Fälle von syphilitischen Lidaffectionen überhaupt und von gummösen Lidgeschwüren insbesondere eine sehr geringe. Dies möge zu meiner Rechtfertigung dienen, dass ich den folgenden Fall, welcher mir in mehr als einer Richtung der Beachtung der Fachcollegen nicht ganz unwerth erscheint, hier veröffentliche.

Der 38 Jahre alte ledige Taglöhner Lukas D. wurde am 18. September 1883 auf die syphilitische Abtheilung des Laibacher Landeskrankenhauses aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes:

Patient datirt den Beginn seines jetzigen Leidens seit dem Sommer 1882. Damals sollen in rascher Aufeinanderfolge an den verschiedensten Körperstellen Geschwüre aufgetreten sein, die nach längerer oder kürzerer Zeit vernarbten, um anderen ähnlichen Affectionen Platz zu machen. Drei bis vier Wochen vor seinem Eintritte in die Anstalt will Patient am rechten unteren Augenlide ein rothes Knötchen bemerkt haben, welches bald aufbrach und sich in ein Geschwür verwandelte.

Eine luetische oder überhaupt venerische Infection läugnet der Kranke entschieden und will auch niemals an Erscheinungen, wie sie der sogenannten Secundärperiode der Syphilis zukommen, gelitten haben.

Bei der Aufnahme wurde folgender Status notirt:

Körper etwas unter Mittelgrösse, schwächlich entwickelt, schlecht genährt. Am linken Stirnbeinhöcker ein etwas über kreuzergrosses, mit missfärbigen Borken eingetrockneten Secretes bedecktes, von buchtigen, scharfen Rändern eingefasstes Geschwür. Die Haut in der Umrandung des Geschwüres von kupferrother Farbe und infiltrirt. Ein diesem an Umfang und Aussehen ganz ähnliches Geschwür sitzt in der rechten Temporalgegend. Beide Geschwüre durchsetzen die Haut in ihrer ganzen Dicke, lassen jedoch Periost und Knochen intact.

Einen bei weitem interessanteren Befund bietet das rechte untere Augenlid: die Lidhaut in ihrer ganzen Ausdehnung, vom äusseren

[1]) Diese Vierteljahresschr. 1883, pag. 100 u. 101.

bis zum inneren Augenwinkel, wird von einem bis an den Lidrand reichenden, lebhaft granulirenden, stark eiternden Geschwür occupirt, welches infiltrirte, nach innen steil abfallende Ränder zeigt und am Canthus internus bereits zu einem tiefen Substanzverluste geführt hat. Vom Canthus externus sendet das Geschwür einen kurzen Fortsatz nach abwärts auf die Wangenhaut. Das Lid ist ectropionirt und seiner Cilien vollständig beraubt, die Conjunctiva intensiv geröthet und gewulstet.

Der Nasenrücken in seiner unteren Hälfte eingesunken. An Stelle der Nasenspitze findet sich ein über kreuzergrosses Geschwür. Wie weit hier die Zerstörung vorgeschritten ist, lässt sich beim ersten Anblick nicht feststellen, da dicke, harte, schwarzbraune Borken die Einsicht verwehren. Erst nach Erweichung und Entfernung dieser Borken gewinnt man einen klaren Einblick in die Verhältnisse dieser Gegend: der häutige Antheil des Septum narium ist gänzlich zerstört, ebenso der knorpelige in seinen vorderen Partien, während letzterer in seinem rückwärtigen Theile erhalten ist. Die knöcherne Nasenscheidewand ist vollkommen intact. Der Naseneingang wird somit von einer trichterförmigen Oeffnung gebildet, deren Ränder ulcerös, theilweise speckig belegt und, namentlich in ihren unteren Partien gegen die Oberlippe zu, mit üppig wuchernden Granulationen besetzt sind. Die Ulceration setzt sich nach innen in die Nasenhöhle fort und greift nach aussen und abwärts auf die Oberlippe über, ohne jedoch den Lippensaum zu erreichen. Von den Nasenflügeln sind noch Reste erhalten. An der Unterlippe, resp. am Kinn sitzt rechts von der Medianlinie ein fast vierkreuzerstückgrosses, von den früher beschriebenen nur darin abweichendes Geschwür, dass dasselbe bereits narbig veränderte Stellen aufweist.

Auf der Bauchhaut, drei Querfinger oberhalb des Nabels, eine fast handtellergrosse, theils bräunlich pigmentirte, theils durch ihren Pigmentmantel von der umgebenden Haut abstechende Narbe, die in ihren Randpartien theilweise mit Borken bedeckte, von gewulsteten Rändern eingefasste, fast kreuzergrosse Geschwüre, sowie einzelne erbsengrosse braunrothe Knötchen zeigt.

Zwei über vierkreuzerstückgrosse weissliche Narben haben ihren Sitz ebenfalls auf der Bauchhaut, und zwar rechts unterhalb des Nabels. Sie sind nicht glatt, sondern von derben Bindegewebssträngen durchzogen und mit harten, gewulsteten Rändern versehen.

Eine ähnliche, nur etwas kleinere Narbe finden wir an der Vorderseite des rechten Oberschenkels, während am linken Oberschenkel vorne drei etwa kreuzergrosse scharfrandige Geschwüre sitzen.

An der Aussenseite des linken Kniegelenkes eine fast handtellergrosse, livide, ziemlich glatte Narbe, welche am Rande noch einzelne ulcerirende Stellen zeigt.

Die Haut an beiden Unterschenkeln, namentlich in ihrer unteren Hälfte braunroth pigmentirt, mit zahlreichen Geschwüren besetzt, deren grösste den Umfang eines Kreuzerstückes erreichen und welche dadurch auffällig sind, dass aus ihrem Grunde lebhaft rothe, zum Theil papillomatöse Wucherungen emporschiessen. Einzelne dieser Geschwüre zeigen bereits beginnende Vernarbung.

In der Mundhöhle nichts Krankhaftes nachzuweisen; dagegen erscheinen die Gaumenbogen auf der rechten Seite durch einen vorhergegangenen Ulcerationsprocess theilweise zerstört, in toto verschmächtigt, von weisslichem Narbengewebe wie eingesäumt, in ihrem oberen Theile verwachsen. Am rechten Arcus palato-glossus sieht man noch deutlich eine kleine ulcerirende Stelle. Die Uvula an ihrem rechten Rande ausgezackt, wie zernagt erscheinend. Mit Ausnahme der eben erwähnten kleinen Ulceration scheint der Process hier bereits zum Stillstand gekommen zu sein.

Die Sprache näselnd, die Stimme rauh, heiser. Die laryngoscopische Untersuchung ergibt Röthung und Schwellung der Larynx-Schleimhaut, jedoch keine Ulceration.

Die Cervical-, Nuchal-, Cubital- und Inguinaldrüsen mässig geschwellt.

Die locale Behandlung der Geschwüre bestand im Bestreuen derselben mit Jodoformpulver; später wurde Emplastrum hydrargyri angewendet. Innerlich wurde Jodkali ordinirt nach unserer gewöhnlichen Formel:

Rp. Kalii jodati 10·0
Aq. destill. 200·0
Ds. 2 Esslöffel täglich.

Der Erfolg dieser Therapie war ein sehr auffälliger und günstiger: am 5. October, also am 17. Tage nach der Aufnahme, war das Lidgeschwür bereits geschlossen. Es wurde folgender Befund notirt: Längs des Lidrandes zieht vom äusseren zum inneren Augenwinkel ein etwas über 1 Millimeter dicker, derber, weisser, narbiger

Strang, welcher nahe am inneren Augenwinkel eine seichte Einkerbung zeigt. Man erhält den Eindruck, als ob der Cilienboden durch einen operativen Eingriff abgetragen worden wäre. Von der früheren Ulceration keine Spur, die Infiltration gänzlich geschwunden, das Lid in geringem Grade ectropionirt.

Die übrigen Geschwüre hatten sich gereinigt und waren theilweise bereits überhäutet.

Nach weiteren 14 Tagen war das Geschwür am Naseneingange ebenfalls verheilt, der Naseneingang durch Schrumpfung des sich bildenden Narbengewebes bedeutend verengert. Die übrigen Geschwüre im Gesichte, sowie jene am Bauche und an den Oberschenkeln waren bis dahin gleichfalls überhäutet und nur die Unterschenkelgeschwüre zeigten einen geringen Heiltrieb, was zweifelsohne auf Rechnung ihrer ungünstigeren Localisation zu setzen ist. Patient hat sich auch bedeutend erholt und sieht nun fast blühend aus.

---

Ueber die Diagnose konnten wir auf Grund der eben geschilderten Erscheinungen von allem Anfange an nicht in Zweifel sein: wir hatten es mit syphilitischen Geschwüren zu thun, die aus dem Zerfall von in der Cutis sitzenden Knoten hervorgegangen waren. Und von eben diesem Gesichtspunkte mussten wir logischer Weise auch bei Beurtheilung der Lidaffection ausgehen. Uebrigens war bezüglich des Lidgeschwüres, auch abgesehen von den concomitirenden Erscheinungen am übrigen Körper, ein diagnostischer Irrthum nicht wohl möglich: die von dem Patienten selbst (der über den Ursprung und die Bedeutung seines Leidens ganz im Unklaren war) genau beschriebene Art des Entstehens dieser Affection aus einem Knoten, welcher sich alsbald in ein Geschwür umwandelte, ferner der von uns beobachtete Charakter des Geschwüres, die Beschaffenheit seiner Ränder u. s. f. — dies Alles sprach für ein gummöses luetisches Geschwür. Mit den Affectionen an den übrigen Körperstellen zusammengehalten, die sämmtlich den Charakter syphilitischer Spätformen an sich trugen, musste jeder Zweifel, ob wir es am Lide nicht vielleicht mit einem syphilitischen Initialaffecte zu thun hätten, von vornherein verstummen; und wenn überhaupt noch ein Zweifel über die Bedeutung der Lidaffection anfangs möglich gewesen wäre — der eclatante Erfolg der Jodbehandlung hätte denselben unbedingt zum Schweigen bringen müssen.

Wie ich bereits in der Anamnese bemerkt habe, lässt sich in unserem Falle der Zeitpunkt der Infection auch nicht annähernd feststellen, da Patient weder von einer Infection etwas wissen, noch zugeben will, je an sogenannten syphilitischen Secundärerscheinungen gelitten zu haben.

Auf Grund des uns vorliegenden Befundes müssen wir den Beginn des Leidens mindestens ein paar Jahre zurückdatiren. Oder sollten wir eine Syphilis maligna vor uns haben?

Lesser definirt[1]) diese Syphilisform folgendermassen: „Der Verlauf der Syphilis maligna ist nun vor Allem dadurch charakterisirt, dass die erste Periode der Allgemeinerscheinungen — die secundären Erscheinungen — ausserordentlich schnell durchlaufen wird, und dass sehr bald, schon wenige Monate nach der Infection sich tertiäre Erscheinungen zeigen, ja es kann die secundäre Periode so gut wie ganz fehlen, schon das erste allgemeine Exanthem nimmt nach wenigen Tagen des Bestehens einen tertiären Charakter an". Weiter sagt Lesser[2]): „Bei der Syphilis maligna wird in einer ganz acuten Weise der ganze Körper mit runden Geschwüren überschüttet . . . . ."

Wollten wir den Angaben unseres Patienten unbedingten Glauben schenken — obwohl ich gegen die anamnestischen Angaben der Kranken im Allgemeinen und so auch in diesem speciellen Falle sehr skeptisch bin — so würden wir darin Manches finden, was für eine Syphilis maligna sprechen würde, so vor Allem das Fehlen der Secundärerscheinungen und die rasche Aufeinanderfolge, in der die einzelnen Geschwüre auftraten. Auch das multiple Vorkommen der Geschwüre an den verschiedensten Körperstellen könnte uns in dieser Auffassung des Falles bestärken.

Das wichtigste und entscheidende Kriterium für die positive Beantwortung dieser Frage fehlt uns leider: wir sind nämlich nicht im Stande zu constatiren, wie lange nach der Infection die ersten tertiären Erscheinungen zum Ausbruch kamen, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil uns alle Anhaltspunkte zur Feststellung des Zeitpunktes der Infection fehlen. Deshalb muss ich die Frage, ob

[1]) Diese Vierteljahresschr. 1882, pag. 627.
[2]) L. c. pag. 650.

wir es thatsächlich mit einer Syphilis maligna zu thun haben oder nicht, offen lassen.

Ich komme zum Schluss noch einmal auf das Lidgeschwür zurück und möchte nur noch erwähnen, dass nach den Angaben von Hirschler[1]) und Juliusburger[2]) gummöse Lidaffectionen Chalazien vortäuschen können und auch schon vorgetäuscht haben. Ich will die Möglichkeit eines diagnostischen Irrthums in dieser Richtung nicht in Abrede stellen; in unserem Falle war dies nicht leicht möglich, da die Lidaffection zu einer Zeit in unsere Beobachtung kam, als aus dem Knoten bereits ein ausgebreitetes Geschwür mit sehr charakteristischen Merkmalen hervorgegangen war, welches puncto Diagnose zu einem solchen Irrthum nicht wohl Anlass geben konnte.

---

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1866, Nr. 73.

[2]) L. c. pag. 102.

# Bericht über die Leistungen

auf dem

## Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

# Dermatologie.

## Allgemeine Pathologie und Therapie der Haut.

1. **Grefberg.** Die Haut und deren Drüsen in ihrer Entwicklung. (Mittheil. a. d. embryol. Institute in Wien, II. Bd. 3. 1883.)
2. **Lewinski.** Ueber die Furchen und Falten der Haut. (Virchow's Archiv Bd. 92, Heft 1, 1883.)
3. **Unna.** Ueberhäutung und Ueberhornung. [Dermatoplasie und Keratoplasie]. (Berl. klin. Woch. Nr. 35, 1883.)
4. **Lewinski.** Zur Physiologie des Rete Malpighii. (Arch. f. Anatomie und Physiol. 1883.)

Grefberg (1) unterscheidet drei Stadien in der Entwicklung der Haut. Das erste Stadium beginnt mit der Anordnung der Furchungselemente zu Keimblättern und dauert bis zum Anfange der Hautplatte, das zweite Stadium beginnt von der Bildung der Hautplatte und reicht bis zum Beginne der Vermehrung der Zellen in der Hornlage der Haut und das dritte Stadium rechnet G. von dem ersten Auftreten der Schüppchen in der Hornlage bis zum Beginne der Leistenbildung.

Die Hautplatte lässt G. nicht wie Remak lehrte aus der Hautmuskelplatte entstehen, sondern aus der oberflächlichsten Lage der Urwirbelmasse. Man findet bei Embryonen des Menschen von einer Länge von 0·9 Ctm. die Anlage der Horngebilde aus Cylinderzellen bestehend und die Anlage zur Cutis noch in Form der oberflächlichsten Zellenlage der Urwirbelmasse, welche eben G. mit dem Namen der Hautplatte belegt. Die Vermehrung der Zellen der Hornschichte beginnt beim menschlichen Embryo ungefähr zu einer Zeit, wo er eine Länge von 2 Ctm. erreicht. Das Hornblatt besteht ausser den Cylinderzellen aus einer oberflächlichen aus platten Schüppchen zu-

sammengesetzten Zellenlage. Die Bildung der Körnerzellen- und Stachelzellenschicht sind erst Produkte der spätesten Stadien in der Entwicklung der Haut.

Mit der Leistenbildung an der Haut treten auch die ersten Anlagen der Schweissdrüsen auf. Sie entstehen längs dieser Leisten in den Thälern und liegen regelmässig in nahezu gleichen Abständen in Form solider, zapfenförmiger Fortsetzungen der Epithelschicht. Bezüglich der Frage, ob bei dem weiteren Wachsthume die Fortsetzungen der Epithelschicht in die Cutis von aussen hineinwuchern oder ob es Wachsthumsverhältnisse in der Cutis sind, welche eine solche Formbildung, die zur Zapfenbildung führt, bedingen, neigt sich G. der letzteren Anschauung hin.

Die Talgdrüsen entstehen in der Haut zu einer Zeit, wo bereits die Haare derart in der Entwicklung vorgeschritten sind, dass man das Haar und die Wurzelscheide des Haares von einander unterscheiden kann. Die ersten Anlagen der Talgdrüsen, welche man in der Wandung einer Wurzelscheide wahrnehmen kann, bestehen in büschelförmigen Haarvortreibungen der Cylinderzellen der äusseren Wurzelscheide. In späteren Stadien finden sich die Talgdrüsen in Form von Zellenanhäufungen, bei welchen die wandständigen Zellen cylindrisch sind, während die in der Mitte befindlichen rund und mit deutlichem Kerne versehen erscheinen. Der Läppchenbau der Talgdrüsen ist theils in der embryonalen Anlage begründet, indem auf der Wurzelscheide zwei Ausbuchtungen als Talgdrüsenanlagen, die mit einander confluiren, entstehen, theils kommt er durch Wachsthumsverhältnisse des mittleren Keimblattes zu Stande. Jarisch.

Lewinski hat die Furchen und Falten der Haut (2) aufs Neue in Bezug auf ihre Form und ihr Herkommen geprüft. Er gibt O. Simon, der unter den Dermatologen am genauesten darüber geschrieben hat, Recht, dass jene feinen Linien nicht ganz unregelmässig angeordnet sind, sondern dass sie ganz bestimmte Bahnen zeigen, welche bei allen Menschen an derselben Stelle mit Gesetzmässigkeit wiederkehren. Aber die Deutung Simon's, dass die Furchen mit den Spaltrichtungen Langer's übereinstimmen, also von der Anordnung der Bindegewebsbündel der Cutis abhängen, erkläre nicht, warum die fraglichen Linien sich überall in der mannigfaltigsten Richtung durchkreuzen und dadurch unregelmässig quadratische

oder oblonge Felder bilden. Da ja die Bindegewebsbündel überall nur in einer Richtung die grösste Spannung besitzen, so müsste es danach nur eine Linienreihe für jede Körperstelle geben. — Nach Lewinski sind die Körperbewegungen für das Zustandekommen der Furchen massgebend. Nach genauer Beschreibung der für gewöhnlich sichtbaren Linienreihen am menschlichen Körper schliesst er, dass mit Ausnahme der durch die Papillenreihung bedingten Riffe in Handtellern und Fusssohlen alle an der Haut sichtbaren Linien hervorgebracht sind durch Faltung in Folge von Muskelactionen, resp. der durch dieselben bedingten Bewegungen. Einmal wird durch die bei der Bewegung erfolgende Annäherung der Glieder die Haut zusammengeschoben und dadurch in Falten gelegt; ein andermal wird durch die Bewegung zunächst eine Spannung der Haut bewirkt, die erst secundär zu Faltungen führt. Auch die Linien, die an der mit den unterliegenden Muskeln adhärenten Haut sichtbar sind, wie im Gesicht und am Scrotum, entstehen in derselben Weise durch Zusammenschieben und Falten der Haut während der Muskelcontraction. Darum vertiefen sich die Furchen, erhöhen sich die dazwischen liegenden Falten mit dem Alter des Individuums, mit der Häufigkeit der Fältelung, mit der Abnahme der Elasticität der Haut. — Der Einwand, dass bei obiger Erklärung das Retractionsvermögen der Haut nicht berücksichtigt werde, wie es durch Langer's Untersuchungen festgestellt sei und durch das Klaffen der Wundränder bei jedem Hautschnitte sich offenbare, sei nicht stichhältig. Freilich verkürze sich die Lederhaut gegebenen Falls, aber wo immer das geschehe, lege sich ihr der Epidermis zugekehrter oberster Theil und mit diesem die Epidermis in Falten. Wir müssen annehmen, dass Epidermis und Pars papillaris einerseits und die Pars reticularis andererseits in verschiedener Ausdehnung im Körper vorhanden sind. Denn wenn die letztere sich im Gleichgewichtszustande befindet, wie nach Ausschneiden eines Hautstückes, falten sich die ersteren erheblich. Umgekehrt ist die Pars reticularis stark gedehnt, wenn die Pars papillaris und die Epidermis glatt ausgebreitet sind. Das erklärt sich durch die anatomischen Differenzen in den Schichten der Lederhaut, die zu unterst am weitmaschigsten, nach oben hin sich verdichtend, schliesslich in der Papillenschicht einen feingewebten Filz darstellt, dem die grosse Dehnbarkeit und Elasticität der Pars reticularis vollkommen abgeht. Während nun die letztere sich den Dehnungen und

Erschlaffungen, die durch Muskelactionen entstehen, leicht anpasst, bei Spannung gedehnt wird, bei Nachlass sich retrahirt, sind Epidermis und Papillenschicht dessen nicht fähig, sondern legen sich in Falten. Caspary.

Unter Ueberhäutung verstehen wir bis heute den Wiederersatz eines mangelnden Theiles der Hautdecke. Die zwei genetisch verschiedenen Processe, die zur Heilung jedes bis in die Cutis reichenden Substanzverlustes nöthig sind: Die Bildung von Granulationen zum Ersatze des Cutisgewebes und die Ueberziehung dieser Granulationen durch junges Epithel erfolgen wohl unter ziemlich gleichen physiologischen Bedingungen. Aber Unna weist (3) scharf darauf hin, dass mit dem Wachsthum aus beiden Keimblattlagern die Wundheilung noch nicht beendet, dass der Abschluss erst durch die normale Verhornung des Epithels erreicht ist, wenn zu der Dermatoplasie noch die Keratoplasie hinzutritt. Der klinische Gegensatz zwischen beiden ist gerade heutzutage oft genug unter Lister'schen Verbänden zu constatiren, bei überquellenden schönsten Granulationen Ausbleiben der Vernarbung, die oft durch geringen Wechsel der Verbandmittel in wenigen Tagen erreicht werden kann. Nun seien fast alle Antiseptica in der für das Listern nöthigen Concentration m. w. verderblich für Keratoplasie, seien keratolytisch; es seien diejenigen Antiseptica, deren Wirkung am besten klargestellt ist, entweder Sauerstoffträger oder Erzeuger activen Sauerstoffs. Andererseits habe die Pyrogallussäure zugleich mit der Kraft, Lupusknoten zu zerstören, auch die Fähigkeit, die Ueberhäutung der Substanzverluste zu fördern. Indem er so eine Reihe von Oxydationsmitteln, welche eminente antiseptische und zugleich granulationsbefördernde Eigenschaften enthalten, auf der einen Seite; auf der anderen Seite eines der besten Reductionsmittel mit keratoplastischer Kraft fand, ging Verf. daran, die Wirkung von Reductionsmitteln auf den Hautwunden weiter zu prüfen. Zunächst den Schwefelwasserstoff, der in Schwefelsalben (Sulf. praecip. 1, Adeps 10) und Ichthyolpräparaten zur Wirkung kam: überquellende Granulationen wurden dabei auf das richtige Niveau abgeflacht und schnelle Verhornung erzielt, wie in mehreren Fällen genau angegeben wird. Als andere, darauf hin geprüfte und keratoplastisch befundene Reductionsmittel sind anzuführen: Chrysarobin, Zucker, Thee, Balsame, Leinöl. Verf. stellt

keineswegs den ganzen Act der Verhornung als einen blossen Reductionsvorgang hin; jedenfalls spiele dabei auch die Wasserentziehung u. A. eine Rolle. Caspary.

Lewinski (4) nimmt im Gegensatze zu Ranvier auf Grundlage seiner Beobachtungen bei Bläschen und Blasenbildung, ebenso wie bei Untersuchungen von Hautstücken, welche so stark als möglich nach allen Richtungen auf Kork aufgespannt und in Alkohol gehärtet wurden, an, dass die Zellen des Rete Malpighii von weicher Consistenz sind. Er kommt weiterhin zur Schlussfolgerung, dass die verschiedenen Zellformen lediglich der Ausdruck verschiedener Druckverhältnisse innerhalb des Rete Malpighii seien. Diese Druckverhältnisse fänden ihre Bedingungen einerseits im Bildungstriebe der Cylinderzellen, andererseits im Widerstande, welchen das Stratum corneum den von innen her drängenden Zellmassen entgegensetze.
Jarisch.

5. **Besnier.** Ueber die Vergiftung mit Pyrogallussäure, angewendet in Einreibungen bei Psoriasis. (Annal. de Derm. et Syphil. Nr. 6, 1883.)
6. **Malcolm Morris.** Die Anwendung von Antimon bei gewissen Hautkrankheiten. (British Med. Journ. 1883.)
7. **Lassar.** Ueber Salicyl-Pasten. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 4. 1883.)
8. **Auspitz.** Zur Therapie der Hautkrankheiten. I. Ueber die Application von Arzneistoffen auf die Haut in dünnen, festhaftenden Schichten. II. Aphoristisches über die Behandlung der Eczeme. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 30, 31, 49, 1883.)

Ehe der erste von Neisser veröffentlichte Fall einer Intoxication mit Pyrogallussäure bekannt wurde, hatte Besnier (5) schon lange das Medicament in sehr grossen, ja excessiven Dosen (25:100) einreiben lassen, ohne je die geringsten Intoxicationserscheinungen zu beobachten, höchstens dass hie und da ein schwaches vesiculäres Erythem sich gezeigt hatte. Durch den Breslauer Fall vorsichtig gemacht, setzte er die mittlere Dose auf 10:100 herab, und trotzdem hatten nun sowohl er, als sein College Vidal Gelegenheit, bei

dieser geringeren Dosirung des Medicaments Intoxicationen zu beobachten. Es muss daher von vorne herein angenommen werden, dass bei den vergifteten Individuen gewisse besondere Bedingungen vorhanden waren, die sie für die Intoxication geeigneter als die anderen machten. A priori hätte man denken können, dass die toxischen Zufälle verursacht wären durch eine Störung der Nierenfunction mit Anhäufung des Medicamentes im Blutkreislaufe, wie dies bei Morb. Brighti vorkommt. Mit Ausnahme eines einzigen Falles bot jedoch keiner der von Besnier und Anderen beobachteten Fälle eine derartige Störung vor der Vergiftung. Auch der Alkoholismus könne unter den vorliegenden Umständen ausser Calcul gelassen werden. Die einzige Möglichkeit, eine Intoxication mit Bestimmtheit zu vermeiden, bestehe in der grössten Aufmerksamkeit und Genauigkeit bei der Anwendung des Mittels. Der Urin muss täglich nach Qualität und Quantität untersucht werden. Bei dem geringsten Uebelbefinden des Patienten müssen die Einreibungen sistirt werden. Dosirung und Art der Anwendung des Mittels muss für jeden Patienten speciell festgestellt werden. Handelt es sich um einzelne discrete Affectionen, dann kann die mittlere, selbst die stärkere Dosirung (10—20 %) in Anwendung gezogen werden, vorausgesetzt, dass keine locale Irritation dadurch hervorgerufen wird, die ebenfalls eine besondere Ueberwachung erfordert. Ist die Affection über ein grosses Terrain ausgebreitet und stark vascularisirt, dann sind kleine Dosen indicirt. Uebrigens übt selbst eine schwache Salbe dieselbe Wirkung, wie eine starke, wenn nur die Einreibungen energisch und die verwendete Menge beträchtlich genug ist. Im Allgemeinen glaubt der Verf. sagen zu können, dass die Dose des in 24 Stunden zu applicirenden Pyrogallols 5 Gramm nicht übersteigen solle. Alles dies gilt jedoch nur für die universelle, mehr oder minder cohärente Psoriasis. Handelt es sich jedoch um die confluirende, scharlachartige, der Pityriasis rubra ähnliche Form, oder hat man es mit irgend welchen Varietäten der zur Hautentzündung neigenden Psoriasis oder mit der Psoriasis eczematoïdes zu thun, dann ist der Gebrauch der Pyrogallussäure überhaupt contraindicirt. Gegen eine eventuelle Intoxication mit Pyrogallussäure empfiehlt B. folgende Massnahmen: Reichliche Injectionen von Aether in das subcutane Zellgewebe, häufige Gaben kleiner Quantitäten schwach alkoholisirter Flüssigkeit, energische Reizung der Körperdecken und endlich Einathmungen von Sauerstoff.

Die chemische Affinität des Antimons zum Phosphor und Arsen, welche beiden letzteren Elemente in der Dermatotherapie so erfolgreich angewendet werden, haben M. Morris (6) bewogen, auch mit ersterem Mittel Versuche anzustellen. Das Präparat, welches benutzt wurde, war Tartarus emeticus, welcher intern verabreicht wurde, und zwar bei Eczem, Erythem, Prurigo, Sycosis, Urticaria und Psoriasis. Der Bericht hat so sehr die Form einer vorläufigen Mittheilung, dass wir wohl mit Recht die angegebenen Erfolge etwas skeptisch aufnehmen dürfen. Was jedoch sicher hervorzugehen scheint, ist, dass selbst Dosen von 2 Milligramm ohne Schaden vertragen wurden.

Schiff.

Bekanntlich werden Salben selbst im frischen Zustande von einer verhältnissmässig beträchtlichen Anzahl Patienten überhaupt nicht vertragen, weil die bei jedem Verreiben auf der Haut zur Abspaltung gelangenden Fettsäuren einen Entzündungs- und Schwellungsreiz ausüben. Die für die Salbenwirkung so wichtige Consistenz wird hingegen nach Lassar (7) sehr einfach und in beliebigem Grade erreicht durch langsame Verarbeitung des Vaselin mit gleichen Theilen Zinkoxyd und Amylum. Auf diese Weise wird eine Paste hergestellt von schneeweisser Farbe, absoluter Haltbarkeit und geeignet jedwedem Heilmittel zur Aufnahmemasse zu dienen. Dieselbe zeichnet sich vor den üblichen Salben durch folgende Eigenschaften vortheilhaft aus: Sie zerfliesst bei gewöhnlicher Haut-Temperatur nicht, sondern trocknet ziemlich rasch an und kann auch bei grösster Hitze durch Aufstreuen von etwas Puder fest erhalten werden. Sie lässt sich auf ganz umschriebenen Flecken anbringen, haftet ohne weiteren Verband auf allen Körpergegenden, kann aber auch mit Verbandstücken zusammen angewendet werden. Gesicht, Extremitäten, Scrotum, Analfalte, also Partien, die sonst für Salbenbehandlung wenig geeignet sind, lassen sich mit solcher Paste dauernd und ohne Unbequemlichkeit luftabschliessend bedecken. Nur haarbestandene Theile werden besser nicht damit bestrichen, weil sich die Haare mit den festen Bestandtheilen unliebsam verfilzen können.

Einen reizenden Einfluss übt die Paste an sich niemals aus. Patienten, die bei jeder Salbenanwendung an heftigen Reactionserscheinungen leiden, vertragen dieselbe anstandslos, und selbst die wenigen, denen reines Vaselin nicht bekommt, können dasselbe in Form der Zinkamylum-Mischung ohne weiteres gebrauchen.

Die Salicylsäure wird nach dem Autor als ein förmliches Specificum gegen Eczem angesehen werden müssen.

Beim Eczem des Kopfes gibt L.

Rp. Acid. salicyl. 1,0
Tinct. Benz. 2,0
Vaselin. 50,0
M. f. ungt.

Zur Erweichung der Krusten und Reinigung der Kopfhaut eignet sich besonders gut 2 %iges Salicylöl, eine leicht herzustellende Mischung, da die Salicylsäure in allen nicht trocknenden Oelen, den Glyceriden der Oelsäure, sehr leicht löslich ist.

Allerorten aber, wo eine weiche, leicht zerfliessliche Salbe, wie dies Salicylvaselin, nicht bequem ist, wo man einen festen Verband oder eine trocknende Wirkung verlangt, lässt man jenes mit Zinkoxydpulver und Amylum zu folgender Paste verreiben:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Vaselin. 50,0
Zinci oxyd.
Amyli āā 25,0
M. leniter terendo, fiat pasta.

Diese Paste wird auf die wunden und nässenden Stellen in ganz dicker, luftabschliessender Lage aufgetragen und kann mit einer dünnen Watteschicht bedeckt werden. So lange noch lebhafte Secretion vorherrscht, wechselt man den Verband täglich, kann ihn aber sonst ohne Nachtheile einige Tage sitzen lassen. Manchmal ruft die Paste nach längerem Gebrauche beim Antrocknen des Pulvers ein unbehagliches Gefühl von Kitzel hervor. Dem kann durch nachträglichen Vaselinzusatz leicht abgeholfen werden.

Nach Auspitz (8, I) hat bei krankhaften Veränderungen an der Hautoberfläche die äusserliche Behandlung vornehmlich in der Art zu wirken: a) Dass dadurch die atmosphärische Luft abgeschlossen werde; b) dass die secundären Krankheitsprodukte entfernt und wo möglich ihre Wiederbildung verhütet werde; c) dass die Secretion der flüssigen Krankheitsprodukte eingeschränkt; d) dass die directe Einwirkung gewisser Arzneistoffe auf die kranken Stellen in genau controlirter Stärke und ohne Mitbetheiligung der gesunden Umgebung erzielt werde.

Um allen diesen Zwecken sowohl bei acuten als chronischen Processen gleichzeitig gerecht zu werden, stehen hauptsächlich folgende Applicationsformen zu Gebote: Die Pflasterform, die Salbenform, die Form der Einpinselung ätherischer oder alkoholischer Lösungen, endlich die Form der Streupulver.

Was zuerst die Pflaster betrifft, hat die Erfahrung wohl gelehrt, dass Fett die höchste Steigerung seiner Wirkung auf die Haut dann zeigt, wenn es in grösserer Dichtigkeit angewendet wird, und dies wäre gewiss für die Pflaster zutreffend. Allein bekanntlich können wir die Pflasterconsistenz auf zwei Wegen erzielen, entweder durch Mischung von fetten Säuren oder Wachs mit Harz (Gummiharzen, Balsamen), oder in Terpentin gelöstem Kautschuk — oder durch Verbindung der fetten Säuren mit Blei. Die Gemische der ersten Art stellen die Harzpflaster, die anderen die Bleipflaster dar. Beide zeichnen sich wohl durch eine dichte und klebrige Consistenz aus; allein sie eignen sich sehr schwer zur Einverleibung fremder Stoffe, andererseits wirken sie bei entzündlichen Processen stets reizend.

In Bezug auf die Anwendung der Salbenform richtete sich die Therapie Hebra's dahin, dieselben auf Lintflächen gleichmässig vertheilt, also als Umschläge aufzutragen. Zu diesem Zwecke eigneten sich die Linimente sowohl als die aus festeren Fettsorten hergestellten Salbengrundlagen, insbesondere das gereinigte Schweinfett, ziemlich gut, und es hat in der That die Hebra'sche Salbentherapie, weil sie verschiedenen der oben angeführten Momente zugleich gerecht wurde (insbesondere den Punkten a) und b), glänzende Erfolge erzielt. Da jedoch bei allen Linimenten und Salben als Constituentia hauptsächlich Fette dienen, bringt die auf der Haut, besonders unter Einwirkung ihrer Secretionen bald erfolgende Zersetzung des Fettkörpers nicht selten reizende Wirkungen hervor, welche der Oelsäure und dem Glycerin, in welche die Fette sich spalten, beiden zuzuschreiben sind. Endlich ist die für das Haften der Fette nothwendige Beihilfe von Verbandstücken bei dieser Behandlungsweise eine umständliche und oft schwer auszuführende Procedur. Wenn man endlich die letztgenannten Applicationsformen (Einstreichen mit Lösungen und Einstreuen von Pulvern) in Betracht zieht, so ergibt sich leicht, dass damit nur sehr unvollkommene Mittel für die zu erreichenden Zwecke geboten sind.

Um jene localen Reizerscheinungen zu vermeiden, wie sie insbesondere dem Chrysarobin in Salbenform, welches sich gegen Psoriasis

äusserst wirksam erwiesen hat, eigen sind und den Erfolg der Behandlung oft beeinträchtigen, wurden von Fox, Sesemann (Collodium), Pick, Unna (Gelatine), an Stelle der unzweckmässigen Salbenconstituentia Vehikel vorgeschlagen, welche als förmliche Druck-, Fixirungs- und Deckverbände die Wirkung einzig und allein auf die Psoriasisplaques beschränken und zugleich die durch Anwendung der Salbenform entstandenen Reizerscheinungen, sowie auch das Verunreinigen der Wäsche und Kleidung zu verhindern bestimmt waren.

Die von Unna angegebenen Pflastermulle haben sich bei der Behandlung der Psoriasis nicht als zweckmässig bewährt, weil sie förmlicher Bandagen zu ihrer Befestigung bedürfen. Dagegen hat die zu allerletzt von Pick als ein vortreffliches Excipiens, besonders der Chrysarobinsäure, empfohlene Leimgallerte, entweder mit nachträglichem Ueberpinseln, wie es Pick selber vorschlägt, oder gleich von vorne herein mit Beimischung von Glycerin (Unna), — dem Verf. sehr gute Erfolge ergeben. Es sei unzweifelhaft, dass durch diesen Vorschlag Pick's ein wesentlicher Fortschritt in der Methodik erzielt worden ist. Dessen ungeachtet ergaben sich einige Momente, welche die Anwendung des Mittels bis zu einem gewissen Grade beeinträchtigen.

Verf. wendet als Vehikel zunächst für das Chrysarobin das Traumaticin an, eine Lösung von 1 Theil gereinigter Guttapercha in 10 Theilen Chloroform. Dasselbe bildet ein vortreffliches Fixirungsmittel und bleibt 2—3 Tage, ja darüber, auf der Haut haften, ohne sich zu verändern. Die Gelatindecke dagegen wird nach dem Verf. 1. durch die Reibung der Kleider oder der Gliedmassen zumeist schon nach einigen Stunden abgelöst und muss durch (1—2) neue Bepinselungen ersetzt werden; 2. bildet das Traumaticin ein viel dünneres und zarteres Häutchen als das Collodium und die Gelatine, und verursacht aus diesem Grunde weder Spannung noch Schmerzhaftigkeit; 3. das Traumaticin ist an sich ein neutrales Deck- und Schutzmittel; 4. es übt einen viel gleichmässigeren Druck aus als die Gelatine; 5. die Manipulation mit dem Traumaticin ist eine viel bequemere als die mit der Gelatine. Die Lösung kann sofort und ohne lange Vorbereitung in kurzer Zeit selbst über die ganze Körperoberfläche eingepinselt werden. Die Gelatine hingegen muss vor der Anwendung jedesmal erst durch Erhitzen weich und verstreichbar gemacht werden; 6. die Traumaticinlösung ist haltbar; die Gelatine fällt, selbst bei Salicylsäurezusatz, leicht der Schimmelbildung anheim.

Der Gang der Behandlungsweise der Psoriasis mit Chrysarobin-Traumaticinlösungen ist in Kürze folgender:

Nachdem der grösste Theil der Schuppen durch ein einmaliges Bad mit Seifenwaschung entfernt worden ist, wird die 10procentige Lösung mit einem dünnen, kurz geschnittenen Borstenpinsel auf sämmtliche Plaques eingepinselt und verrieben. Bei geringerer Ausdehnung des Processes wird meist jeden Tag, bei grösserer Verbreitung jeden 2. oder 3. Tag, eingepinselt, nachdem bei stärkerer Entwicklung der Schuppenhügel Seifenbäder, bei geringerer Epidermisanhäufung blosse locale Seifenwaschungen vorausgegangen sind. Viele Flecken erscheinen schon nach 1—2maliger Einreibung viel flacher und zumeist nur am Rande mit Schüppchen bedeckt. Nach 2 bis höchstens 12 Einpinselungen — entsprechend der Intensität und Extensität des Falles — pflegen die Infiltrate und Schuppen geschwunden und an ihrer Stelle weisse Flecke, von einem rothen oder violett-braunen Halse begrenzt, sichtbar zu sein.

In einzelnen Fällen von geringer Ausbreitung konnte man bei täglicher Bepinselung, ohne irgend welche Waschung oder Bad, den psoriatischen Process nach 3—6 Tagen beseitigen.

Verf. beschreibt in Kürze 12 Fälle von Psoriasis, welche in dieser Weise behandelt wurden.

II. In einem zweiten Aufsatze antwortet Auspitz auf einen Vortrag von Pick (im Verein deutscher Aerzte in Prag, 16. November) wobei der Letztere Kranke vorstellte, bei welchen nach Behandlung mit Chrysarobin- und Pyrogallol-Traumaticin heftige Reizerscheinungen der Haut und Conjunctiva, und selbst auf intacten Hautstellen sehr heftige Schmerzen aufgetreten seien 1. dass er nur über die Erfolge der Behandlung mit Chrysarobin-Traumaticin, nicht mit Pyrogallol-Traumaticin berichtet habe; 2. dass bei sachgemässer Anwendung des ersteren Reizerscheinungen weder auf der kranken noch auf der gesunden Haut vorkommen; 3. dass hie und da bei intensiver und fortgesetzter Einpinselung des Gesichtes oder der Kopfhaut durch das im Traumaticin enthaltene Chloroform eine geringe Conjunctivalreizung vorkommen kann, welche jedoch (durch einen Augenschirm o. dgl.) leicht zu vermeiden sei.

Verf. geht dann auf die Behandlung des Eczems über, gibt hierüber einige aphoristische Mittheilungen und bespricht zunächst die Art, wie man im acuten Stadium des Eczems der Indication ge-

recht wird, die erkrankte Partie von den secundären Auflagerungen zu befreien und ihr zugleich einen gewissen Schutz gegen die atmosphärische Luft zu verleihen. So sei die Fetttherapie bei Eczemen entstanden; aber es seien gewisse schon oben hervorgehobene Mängel der Fetttherapie Ursache gewesen, dass der Usus der Hebra'schen Schule sich dahin gerichtet hat, in der allerersten Zeit der Eczeme bei stärkster Hyperämie und Schwellung sowie grosser Empfindlichkeit die Fette noch nicht in Gebrauch zu ziehen, sondern denselben die oft wiederholte und reichliche Application feiner trocknender Pulver vorausgehen zu lassen. Es sei klar, dass hiemit nur ein wenig ausreichender Ersatz für ein constantes Deckmittel geboten und dass andererseits die beständige Bildung trockener, unebener und dadurch ihre Unterlage reizender Borken nicht zu vermeiden ist, welche wieder nur mit Oel u. dgl. weggeschafft werden müssen.

Man habe natürlich schon lange daran gedacht, die Fetttherapie mit jener der Streupulver zu combiniren, jedoch zumeist ohne Erfolg, da sich hiebei leicht durch Fett zusammengeballte Amylumkrümel bilden. Wirklich gelungen sei dieser Versuch in dem Ung. Wilsonii (richtiger Ung. Bell), welches folgende Zusammensetzung hat:

Rp.: Gummi Benzoini pulv. 5·0,
Axung. porc. 160·0,
Liquefac., cola, adde:
Oxydi zinc. 25·0.
F. ung. expr. per lint. d.

Man habe nun wieder an die Stelle der Fette das Glycerin mit Amylum setzen wollen; dasselbe entziehe jedoch den Geweben begierig das Wasser und habe zweitens die Eigenschaft, auf Haut- und Schleimhautflächen, welche ihres Epithels beraubt sind, reizend zu wirken; es verursache auf ihnen brennenden Schmerz. Auch nur leicht erodirte Flächen, wie sie beim Eczem sich in grösserer oder geringerer Ausdehnung bilden, vertragen daher auch von diesem Standpunkte die Glycerinsalbe nicht.

Anders gestaltete sich die Sache, seit man das Vaselin darstellen gelernt hat. Der Verf. bezieht sich nun auf die schon oben erwähnte Lassar'sche Vaselin-Pasta, welche der Bell-Wilson'schen Salbe entspricht, und, mit oder ohne Salicylsäure bereitet, in den Anfangsstadien des Eczems, wo weder Fette und Salben, noch mit Fetten und anderen Stoffen imprägnirte Mulle nach Unna, noch

selbst Streupulver allein vertragen werden, geradezu vortreffliche Dienste leiste.

Der Zusatz von Salicylsäure sei bei acuten Eczemen sicher ohne Belang, erweise sich aber für spätere Stadien des Eczems von Werth, ohne jemals auch bei acutesten Formen die Haut zu reizen. Man könne daher ganz gut in der ursprünglich angegebenen Weise dem Präparate von vorne herein Salicylsäure (2·0) beifügen und sei so oft genug im Stande, Eczeme von geringer oder mässiger Intensität, besonders wenn sie frisch entstanden waren, mit dieser Pasta allein vollständig zur Heilung zu bringen.

Bei Eczemen mit tiefer gehender Infiltration der Papillarschichte und solchen, die, längere Zeit bestehend, von Zeit zu Zeit neue Eruptionen verursachen, bleibe das souveräne Mittel die von Hebra empfohlene Diachylonsalbe, bekanntlich aus Empl. Diachylon simplex, mit nahezu gleichen Theilen Oel oder Fett sorgfältig im Wasserbade zur Salbenconsistenz verarbeitet. Das kohlensaure freie Bleioxyd des Pflasters verseift sich vortrefflich mit den fetten Säuren und bildet mit den Fetten ein so gleichmässiges, dichtes, schmiegsames, weiches Cerat, dass es alle Vorzüge der Pflaster (gleichmässige Schichtung, dichte Consistenz, fast hermetischen Abschluss) ohne deren Nachtheile (reizende Wirkung auf die Haut durch die sonst beigemischten Harze, welche ausser Bleioxyd allein die Pflasterconsistenz zu erzielen vermögen) in vollem Masse besitzt. Hierin allein, nicht aber in einer specifischen Wirkung des Bleioxyds auf Eczeme ist nach A. der grosse Erfolg des Empl. Diachylon Hebra zu suchen. Gegenwärtig sei man in der Lage, einen Theil des Fettes dieser Salbe auch noch durch Vaselin zu ersetzen, indem man statt der Hebra'schen Formel vorschreibt:

Rp.: Empl. Diachyli simpl. liquefacti 20·0.
Vaselini 30—40·0.
F. l. a. ung. molle.

Es falle dann auch die Gefahr des Ranzigwerdens und der Umstand, dass Fette von der Haut oft schwer vertragen werden, weniger in die Wagschale.

Schliesslich bespricht der Verf. noch die Theertherapie des Eczems und weist besonders darauf hin, dass die Application des Theers auf die Haut stets in sehr dünnen Schichten erfolgen müsse. Rohe Theersorten oder Pech sollen aber so wenig angewendet, als

destillirten Theeren durch ganz überflüssige Zusätze, als Spiritus, Oel, Seife u. s. w., allerlei Tort angethan werden.

Welcher Schaden durch die in unzähligen Reclamen für alle Hautleiden ohne Unterschied angepriesenen Theerseifen angerichtet wird, brauche nach dem Gesagten nicht hervorgehoben zu werden.

Gute Ersatzmittel für den Theer hat man in einem seiner Bestandtheile, der Carbolsäure, und in neuerer Zeit in der Salicylsäure gefunden. Verf. habe Gelegenheit gehabt, vorzügliche Erfolge im letzten Stadium des Eczems mit Salicylsäure dadurch zu erzielen, dass er dieselbe, in Traumaticin suspendirt, auf die Haut einpinselte. Es sei dabei nothwendig, die etwa entstandenen Krümel der Salicylsäure, welche ja in Chloroform nicht löslich ist, vor der Anwendung zu verkleinern und in der Flüssigkeit möglichst zu vertheilen. Ausgebreitete schuppende Eczeme jüngeren Datums, bei welchen der Theergebrauch schon des Geruches und der Farbe wegen unthunlich war, erschienen nach einigen Einpinselungen des Salicyltraumaticins völlig geheilt und auch einige jener veralteten Eczeme der Handflächen, welche die Plage so mancher Aerzte bilden, zeigten nach den bisherigen Erfahrungen bedeutende Besserung.

9. **Pape u. Fischer.** Ueber die Anwendung des Jodoforms in Pflasterform. (Der praktische Arzt Nr. 7, 1883.)
10. **Unna.** Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 10, 11, 12, 1882 und Nr. 7 u. 8, 1883.)
11. **Vomacka.** Praktische Notizen über Haaröle. (Deutsch-Amerik. Apoth.-Zeitung Nr. 12, 1883.)

Pape und Fischer (9) schlagen vor, statt des Jodoformcollodiums und der Jodoformsalben das Jodoform in Pflasterform zu verwenden, da in dieser Weise die Einwirkung desselben eine zeitlich unbegrenzte sei und die Epidermis durch die erweichenden Eigenschaften der Pflaster im Allgemeinen zur Aufnahme der in denselben enthaltenen Arzneistoffe sehr empfänglich gemacht werde. Die Formel für das Pflaster ist:

1. Emplastr. Jodof. fortius:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Jodof. pulv. | 100,0 |
| | Empl. adhaes. | 200,0 |
| | Empl. plumbi spl. | 200,0 |

2. Emplastr. Jodof. mitius:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | Jodof. pulv. | 50,0 |
| | Empl. adhaes. | 300,0 |
| | Empl. plumbi spl. | 300,0 |

Diese Pflaster wurden in 3 Fällen von Drüsenschwellung, 1 Fall von Bursitis praepatellaris, 1 Fall von chronischer Epididymitis, bei kleineren Verletzungen und Geschwüren der Haut (Frostbeulen, Geschwüren durch Stiefeldruck) mit gutem Erfolge angewandt.

Unna ist (**10**) zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Schwefel in der Hauttherapie die Vernachlässigung nicht verdiene, welche ihm gegenwärtig zu Theil werde. (Wir glauben, dass diese Angabe cum grano salis zu nehmen ist; von uns wenigstens ist der Schwefel stets als vortreffliches externes Mittel geschätzt und benützt worden A.)

Es sind, von den parasitären Hautaffectionen abgesehen, die Schwefelpräparate als Heilmittel κατ' ἐξοχήν für die Pityriasis capitis und Seborrhoea sicca zu betrachten. Die wirksamste Behandlung der ersteren Affection, bezw. der Alopecia pityrodes, besteht in der täglichen Application einer 1%igen Schwefelsalbe auf die Kopfhaut; allwöchentlich wird dieselbe zweimal von den Salbenresten befreit; bei merklicher Abnahme der Schuppenbildung wird mit den Einreibungen zurückgegangen und nach circa einem Vierteljahre ganz ausgesetzt. Die Sistirung des Haarausfalls ist überraschend. Die sehr günstige Wirkung des Geheimmittels „Philodermine“ bei der genannten Krankheit (deren Uebertragbarkeit neuerdings durch Lassar und Bishop nachgewiesen wurde) ist auf den Schwefelgehalt desselben zu beziehen.

Einen ganz analogen Erfolg constatirte Verf. bei der Pityriasis capitis, einer dem erstgenannten Leiden nahestehenden Parakeratose; selbst als unheilbar bezeichnete Fälle wichen der alternirenden Behandlung mit Schwefelpräparaten und Oelbädern, zumal bei Zusatz von 10% Zinc. oxydat. nach Ablauf des entzündlichen Stadiums.

Auch bei den übrigen Parakeratosen (Ichthyosis, Desquamation nach den acuten Exanthemen und akneartigen Zuständen) hat der Verf. die Schwefeltherapie höchst empfehlenswerth gefunden. Einreiben der ichthyotischen Haut mit einfacher bis 10%iger Schwefel- und Ichthyolsalbe, wässrigen Ichthyolemulsionen, Einschwefeln der wollenen Unterkleider heilen die Haut schneller als irgend ein anderes

Mittel und bewirken auffallend spätes Eintreten der Recidive der Krankheit, welche Verf. weder als congenital noch unheilbar auffasst. Dagegen hat er bei Psoriasis und Lichen ruber den Schwefel als ein zu schwaches Mittel befunden. Eine starke continuirliche Schwefelbehandlung liefert wieder die besten Resultate bei Akne, sowie bei der mit Akne verbundenen Rosacea.

Zu Haarölen sollten nach Vomacka (**11**) in der Regel nur nichttrocknende Oele verwendet werden. Ein trocknendes Oel schwindet allmählich zu einer festen Masse zusammen, verpicht das Haar und macht es spröde, brüchig. Nichttrocknende, zu Haarölen geeignete Oele (Oelsäureglyceride) sind: Behenöl (Oleum Moringae nucum), ein farbloses oder gelbliches, dem Ranzigwerden am längsten widerstehendes Oel, Erdnussöl (Arachisöl, Oleum Arachidis hypogaeae, Peanutoil), ein farbloses oder gelbliches Oel, dem aus den bitteren Mandeln ähnlich, Süssmandelöl, Olivenöl und eventuell Klauenfett. Trocknende Oele, also zu Haarölen durchaus ungeeignete Oele (Leinölsäureglyceride) sind: (Oleum Camelinae seu Myagri sativae), Hanföl, Kürbis-, Lein-, Mohn-, Nuss-, Traubenkernöl und Thran. Unbestimmte Oele, in ihrem Verhalten an der Luft zwischen nichttrocknenden und trocknenden Oelen stehend, und ebenso zu Haarölen ungeeignet sind: Baumwollsamenöl, Bucheckernöl, Madiaöl, Oel aus bitteren Mandeln, Pfirsichkern-, Sesam-, Sonnenblumen- und Ricinusöl.

Alle diese Oele haben die unangenehme Eigenschaft, in Berührung mit der Luft, besonders bei gleichzeitiger Einwirkung des Sonnenlichtes, Sauerstoff aufzunehmen, sich theilweise zu zersetzen, sauer und ranzig zu werden.

Dieses leichte Ranzigwerden wird überdies beim Verwenden von begierig Sauerstoff aus der Luft aufnehmenden und sich damit oxydirenden ätherischen Oelen, die man zur Parfümirung der Haare verwendet, wie z. B. citronenölartiger Oele gefördert. Es sollten also auch diese bei der Darstellung von Haarölen möglichst gemieden werden und nur für Haaröle Verwendung finden, die einen sehr starken Absatz haben. Um ein Oel, welches zur Herstellung von Haarölen dienen soll, gegen das Ranzigwerden widerstandsfähiger zu machen, digerirt man dasselbe mit Benzoëharz. Die Darstellung eines solchen Oeles ist folgende:

Man zerreibt 10 Th. Benzoëharz mit 1000 Thln. Oel und

digerirt es unter öfterem Umrühren drei Stunden lang in der Wasserbadwärme. Nach dieser Zeit entfernt man es vom Feuer, lässt auskühlen und setzt 5 Th. concentrirten salpetersauren Aetherweingeistes hinzu. Dann lässt man es setzen, um es event. zu filtriren.

Statt des salpetersauren Aetherweingeistes kann man überall da, wo dieser auf den zarten Geruch des Haaröles störend einwirken könnte, wasserfreien Sprit, eine eben solche Menge, zur Anwendung bringen.

## Einfache Entzündungsprocesse der Haut.

12. **Bergh.** Ein Instrument zur Aushebung der Krätzmilben. (Hospitals Tidende März 1883.)
13. **Voelkel.** Fall von Oestrus hominis. (Berliner klin. Woch. Nr. 14, 1883.)
14. **Whitney.** Ueber die Veränderungen des Blutes bei Erysipelas. (Phil. med. Times Bd. III, Heft 10, 1883.)
15. **Jurinsky.** Behandlung von Erysipelas mit Trichlorphenol. (Jeschenedelnaja klinitscheskaja gazeta Nr. 5, 1883. — Centralbl. f. Chir. Nr. 19, 1883.)
16. **Andeer.** Das Resorcin bei Erysipel. (Wiener med. Presse Nr. 22, 1883.)
17. **Polányi.** Zur Therapie des Erysipels. (Wiener med. Presse Nr. 24, 1883.)

Bergh hat (**12**) ein zweckmässiges Instrument zur Entdeckung von Krätzmilben construirt. Dasselbe besteht aus einer flachen Nadel, die in ihrer unteren Hälfte hufeisenförmig gekrümmt ist und an dem geraden Theile eine verschiebbare Lupe trägt, so dass man bei der kleinen Operation, in welcher beide Hände in Anspruch genommen sind, gleichzeitig Lupenvergrösserung benutzen kann.

Voelkel berichtet folgenden Fall von Oestrus hominis (**13**):

Ein 13jähriger Knabe in einem westphälischen Orte verspürte (zur Winterszeit) während acht Tage zeitweilig mässige Schmerzen an einer Stelle des Schädels, des Halses, einer Wange. Nachdem dann an diesen drei Stellen die Haut in dem Umfange eines Zwanzigpfennigstückes geröthet und druckempfindlich geworden war, ent-

standen kleine Oeffnungen, aus denen erst einige Tropfen wässriger Flüssigkeit sich entleerten, und acht Tage nach Beginn der Schmerzen „Würmer“ sichtbar wurden, die man durch Herausdrücken völlig entfernte. Einer von diesen Parasiten, der sich nach einer halben Stunde nach dem Austritt lebhaft bewegt hatte, wurde an Voelkel überbracht. Eine Anfrage an Leuckart in Leipzig, der wiederum Brauer in Wien als den besten Kenner derartiger Objecte befragt hatte, ergab die Antwort Beider: Es handle sich in der That um eine Oestridenlarve im Jugendzustand, von Hypoderma, vermuthlich von H. Diana, die gewöhnlich die Dasselbeulen des Rehes verursache. Es liege hier wirklich ein Fall des sogenannten Oestrus hominis vor, der in den Tropen oft beobachtet, bei uns so vielfach bezweifelt werde. Der kleine Patient, der in seinem Allgemeinbefinden nie gelitten hatte, war nach Austritt der Larven aller Beschwerden los, die Wunden heilten sofort zu. Von Insectenstichen hatte er keine Erinnerung behalten, seine Haut war stets allerorten intact gewesen.

Caspary.

Von Norton Whitney (**14**) angestellte Untersuchungen des Blutes in 61 Fällen von Erysipel ergaben folgende Resultate:

Die rothen Blutkörperchen zeigten in einer Anzahl von Fällen geringeren Durchmesser als normal, namentlich auf und nach dem Höhepunkt der Affection. Statt Geldrollen waren sie zu grösseren Haufen zusammengeballt, klebrig und so weich, dass man sie zu Spindeln und Fäden ausziehen konnte. Sie entfärbten sich sehr schnell. Die weissen Blutkörperchen zeigten ebenfalls geringeren Durchmesser und waren vermehrt, so dass in einigen Fällen schon auf 15 rothe 1 weisses kam. Fast in allen Fällen wurden die bekannten sehr kleinen, stark lichtbrechenden, blassröthlichen, kugeligen Körperchen gefunden, und zwar wechselnd etwa von 0·02—0·03 Mm. im Durchmesser. Mikrococcen wurden nur in 5 Fällen im Blute gefunden, und zwar in den allerschwersten. Der Urin zeigte in einigen Fällen Bacterien (! A.) und ging sehr schnell in Zersetzung über. Durch Impfungen von Blut oder Urin des betreffenden Pat. auf Kaninchen konnte nie Erysipel erzeugt werden.

Die Resultate, welche Jurinsky (**15**) bei der Behandlung des Erysipels mit 5—10%iger Trichlorphenollösung erhalten hat, sind folgende: In 2 Fällen verschwand das Erysipel am zweiten Tage

nach dem Beginn der Behandlung, d. h. nach zweimaligem Bestreichen mit der 5%igen Lösung. In einem anderen Falle schwand dasselbe nach 6maligem Bestreichen. In noch einem anderen Falle verbreitete sich das Erysipel weiter, trotz der Anwendung der 5%igen Lösung; als aber die 10%ige Lösung angewandt und dafür gesorgt wurde, dass das Aufgetragene sich nicht abwische, hielt das Erysipel bereits nach 2maligem Bestreichen inne und verschwand ganz nach 2 Tagen. In allen Fällen hielt die Verbreitung des Erysipels inne, sobald die Behandlung sorgfältig vorgenommen, auch die gesunde Umgebung mit bestrichen wurde. In Fällen ohne Complicationen sank zugleich mit dem Schwinden des Erysipels auch die Temperatur zur Norm herab.

Andeer hat (**16**) günstige Wirkung des Resorcin bei Erysipel gefunden. Die Anwendung ist die in Salbenform; wässerige Lösungen als Umschläge empfehlen sich eben so wenig wie subcutane Injectionen. Bei diesen letzteren schreitet die Rose zwischen den Injectionsstellen weiter fort, und wo Umschläge mit 5%iger wässeriger Resorcinlösung unwirksam geblieben waren, da hatte alsbald die Anwendung einer 50—80%igen Fettsalbe die beste Wirkung, wie an zwei Fällen berichtet wird.

Polányi berichtet (**17**) über Versuche, welche er bei einer sehr starken Erysipelepidemie in einer Strafanstalt (50 Fälle) mit Aqua hydrosulfurata anstellte. Mit frischer Lösung wurde die kranke Haut nebst Umgebung zweistündlich tüchtig eingepinselt und freigelassen. Dabei kam am 3., höchstens 4. Tage das Erysipel zum Stehen, das Fieber nahm gewöhnlich schon am zweiten Tage ab. Das Erysipel ging in fast allen Fällen von der Nase aus; es ging bei keinem der mit Aq. hydrosulfur. behandelten Fälle auf die Kopfhaut über, wie das ausnahmslos bei den von dem Verf. gleichzeitig anders Behandelten beobachtet worden ist.

## Angioneurotische Dermatosen.

18. **Böing.** Die medicinische Statistik im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf die Pocken- und Impffrage. [Pocken-Epidemie in Essen a. d. Ruhr 1881—1882.] (Berl. klin. Woch. Nr. 5, 6, 7, 1883.)

19. **Voigt.** Erwiderung auf Herrn Dr. Böing's Schrift, die medicinische Statistik im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf die Pocken- und Impffrage. (Berl. klin. Woch. Nr. 12, 1883.)
20. **Wolff.** Zur Impffrage. (Berl. klin. Woch. Nr. 4, 1883.)
21. **Schwartz.** Ein neues hygienisches Schutzblatter-Impfverfahren und eine verbesserte Methode zur Erlangung einer guten haltbaren humanisirten Lymphe. (Deutsche med. Zeitung Nr. 26, 28. Juni 1883.)
22. **Stickler.** Scharlachgift des Pferdes als Schutzmittel gegen menschlichen Scharlach. (New-York med. Record. 24. März 1883.)
23. **Pohl-Pincus.** Befunde an den Epidermisschuppen von Scharlachkranken in der Schälungsperiode. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften Nr. 36, 1883.)
24. **Friedländer.** Ueber Nephritis scarlatinosa. (Fortschritte d. Med. Nr. 3. p. 81, 1883.)
25. **Hallopeau** und **Tuffier.** Ein Fall von Erythema scarlatiniforme bei acutem Gelenksrheumatismus. (L'union médicale Nr. 8, 1883.)
26. **Backer.** Varicella und Scarlatina zu gleicher Zeit bei demselben Individuum. (Tidsskrift for praktisk Medicin, Nr. 5, 1882.)
27. **Prior.** Ueber das gleichzeitige Auftreten von drei verschiedenen Infectionskrankheiten bei demselben Individuum. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 31, 1883.)
28. **Zimmerlin.** Eine Herpes-Epidemie. (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte. 15. März 1883.)

Böing, (**18**) ein Gegner der Zwangsimpfung, schliesst aus der Beobachtung einer local begrenzten, aber doch durch $1^1/_2$ Jahre währenden Pocken-Epidemie in Essen a. d. Ruhr, dass die Impfung keine Schutzkraft gegen Erkrankung und Tod an den Pocken gewährt hat. Er läugnet nicht, dass die ausserordentlich ungünstigen hygienischen Verhältnisse Essens wohl geeignet seien, den Impfschutz zu beeinträchtigen oder aufzuheben, aber dann sollte man an überflüssige Massregeln nicht Zeit und Geld verschwenden, sondern die sociale Lage des Proletariats verbessern. Solche Be-

hauptungen werden kaum glauben lassen, dass Verf. sine ira et studio geschrieben hat. Man wird ihm zugeben, dass zur Berechnung der Altersclassen-Mortalität einer Bevölkerung nicht die Percentberechnung der Gesammttodesfälle nach dem Alter der Gestorbenen allein zu benutzen sei, sondern dass man der Rechnung stets die Zahl der in jeder Altersclasse Lebenden zu Grunde legen müsse. Gewiss ist in kleinen Bezirken allseitige Uebersicht leichter, bei Vergleichung von Impfstatistiken ganzer Länder gegen einander Ausschliessung von Fehlerquellen unmöglich gemacht. Aber wenn B. behauptet, das Nichterkranken der Geimpften sei kein Beweis für die Schutzkraft der Vaccine, sei ohne sonderlichen Werth wie jede negative Beobachtung, so wird er kaum Gehör finden. Zugegeben, dass keineswegs Gleichartiges mit Gleichartigem verglichen ist, so werden doch die Zahlen Roth's aus dem Kriege 70—71 (deutsche Armee 261 Pockentodte, die der Franzosen 24,000) als indirecter Beweis allerorten imponiren. Caspary.

In derselben Zeitschrift, wenige Nummern später, weist Voigt (19) Angriffe und Beweisführung Böing's in sehr scharfer Weise zurück, indem er in schlagender Weise die Trugschlüsse desselben aufdeckt. Die Details des Für und Wider müssen im Original nachgelesen werden. Caspary.

Wolff (20), ein erfahrener Impfarzt und entschiedener Anhänger der Zwangsimpfung, dringt auf allgemeine Einführung der animalen Lymphe, die auch erst nach dem Schlachten und erfolgter Untersuchung der Thiere zu verwenden sei. Die oft urgirte Gefahr der Ansteckung durch perlsüchtige Thiere existire ohnehin nach den neuesten Mittheilungen von Schokelius allem Anschein nach nicht. Dagegen sei bei Verwendung humanisirter Lymphe durch keine Cautelen eine absolute Sicherung gegen die Uebertragung von Syphilis und Scrophulose (Tuberculose) zu erreichen, wenngleich bis heute jene äusserst selten verimpft und der Nachweis von Scrophel-Uebertragung noch gar nicht erbracht sei. Ueber seine eigenen Culturen mit Micrococcus vaccinae (bis zur 15. Generation, auf festem wie flüssigem Blutserum, und auf Leim, bei ausserordentlicher Wachsthumsenergie) und Impfversuche mit solchem Material verspricht Verf. spätere Mittheilung. Caspary.

Ein Verfahren, welches sich nach Schwartz (21) in diesem Jahre bei dem Impf- und Revaccinationsgeschäft vortheilhaft bewährt hat, ist folgendes:

Vor Beginn der Impfungen werden die Operationsstellen, d. h. die der Oberarme des Kindes mit einem schwachen Carbolspray besprüht und abgetrocknet. Dann werden die bekannten seichten Schnittchen durch eine in eine Carbollösung getauchte Impflanzette oder ein anderes Impfinstrument applicirt und dies stets vor Neubeginn der Impfung jedes einzelnen wiederholt. Bei den Revisionsterminen besorgt der Impfarzt vor Beginn der Impfungen die Production reichlicher Mengen guter Lymphe.

Zu dem Ende werden die gut entwickelten, wasserreichen Pusteln mit einer in obige antiseptische Flüssigkeit getauchte oder mit Carbolspray besprühte Impflanzette entleert, und zwar je nach der Menge der ausfliessenden klaren Flüssigkeit von einem oder mehreren gesunden kräftigen Kindern. Nun werden vorräthig gehaltene kleine Salicyl- oder Carbolwatte-Kügelchen oder Päckchen mit einer Pincette gefasst und so lange in die ausfliessende Lymphe getaucht, bis sie ganz damit getränkt sind. Alle auf ein Uhrglas oder ähnliche Behälter gelegte Kügelchen werden durch ein Petschaft mit Glasknopf oder etwas ähnliches durch Druck ihres Inhalts entleert. Den Rest drückt man mit den vorher desinficirten Fingern aus und strömt nun gleichsam wie durch ein Filtrum die klare Lymphflüssigkeit in reichlicher Menge aus. Sie wird entweder gleich rein zu den Impfungen verwendet oder in kleinen gutverschlossenen 1 Gramm-Gläschen conservirt, auch kann sie mit einigen Tropfen einer Solution gut gemischt werden, die aus gleichen Theilen Glycerin und Aqua destillata besteht und auf 100 Gramm einen Zusatz von 0·1 bis 0·2 Thymol hat, wodurch dem Verderben der Lymphe vorgebeugt wird und sie sehr lange in einem brauchbaren Zustande erhalten werden kann. Wieviel Tropfen von dieser Thymollösung zu der durch die Salicyl- oder Carbolwatte-Stückchen erhaltenen Lymphe zu schütten sind, hängt von der Reichhaltigkeit der eröffneten Pusteln an Serum ab und würde 1 Tropfen Zusatz zu dem entleerten Inhalte je einer Pustel angemessen, unter Umständen aber auch 1 bis 2 Tropfen Zusatz zu der entleerten Lymphe je eines Kindes anzurathen sein.

Die entleerten Pusteln werden mit irgend einem antiseptischen Verbandmateriale bedeckt.

Stickler (22) erhielt von Williams, der an das Vorkommen einer dem menschlichen Scharlach identischen Krankheit beim Pferde glaubt, eine Quantität Nasenschleim von einem solchen Falle. Von dieser Flüssigkeit injicirte er unter die Haut von vier Kaninchen und einem Hunde etwa 6 Tropfen in jedem Falle. 24 Stunden später trat ein rasch confluirender, scharlachrother Ausschlag auf, welcher 4 Tage dauerte und unter kleienförmiger Abschuppung verschwand. Er wurde von Temperaturerhöhung, Röthung der Nasenschleimhaut und reichlicher Secretion eines dünnflüssigen Nasenschleims, sowie Anschwellung der Lymphdrüsen in der Nähe der Einstichsstelle begleitet. Nach 8 Tagen war alles wieder normal. Tägliche mikroskopische Untersuchung des Blutes der Thiere ergab eine Zunahme der Menge der farblosen Blutkörperchen, und am dritten Tage sah man kleine, runde, helle Körnchen von scharlachrother Farbe (? Ref.), welche der Peripherie der farblosen Blutzellen anhafteten. Am sechsten Tage waren diese Körnchen nicht mehr zu sehen.

Kurze Zeit darauf injicirte Verf. einige Tropfen menschlichen scarlatinösen Blutes (von einem an einer confluirenden Scharlach-Eruption leidenden Knaben genommen) unter die Haut derselben Versuchsthiere, aber ohne örtlichen oder allgemeinen Erfolg.

Später impfte Verf. zwölf junge Patienten, die niemals an Scharlach gelitten hatten, mit dem Virus vom Pferde. In jedem Falle erschien ungefähr 24 Stunden später ein rother punktförmiger Ausschlag um die geimpfte Stelle herum, begleitet von Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen und mässiger Temperaturerhöhung. Diese Eruption hielt etwa 6 Tage an und wurde von Abschuppung der Oberhaut gefolgt. Nach kurzer Zeit wurden einige Tropfen scarlatinöses Blut subcutan injicirt, aber in keinem Falle mit Erfolg, weder localem noch allgemeinem.

Aus diesen Experimenten glaubt Stickler Folgendes festgestellt zu haben: 1. dass die subcutane Einspritzung des dem Pferde entnommenen Scharlach-Virus gefahrlos ist, 2. dass, wenn dieses Virus den menschlichen Geweben eingepflanzt wird, ein beschränkter Ausschlag erscheint, ähnlich demjenigen, der in leichten Fällen von Scharlach vorkommt, und 3. dass nach Impfung mit dem Pferde-Virus der Organismus gegen Ansteckung mit menschlichem Scharlachgift geschützt zu sein scheint. — Verf. verspricht weitere Untersuchungen in demselben Sinne vorzunehmen und seine Resultate zu veröffentlichen.

Pohl-Pincus (23) berichtet über folgende Befunde bei Scharlach-Haut in der Desquamation: Von einem Scharlachkranken in der Schälungsperiode wird ein Stück Epidermis, welches an dem grössten Theile seiner Peripherie noch mit nichtgelöster Epidermis zusammenhängt, herausgeschnitten; es wird dann derjenige Theil, welcher an den vorher freien Rand angrenzte, entfernt.

Auf die innere Fläche des Restes werden einige Tropfen einer gesättigten alkoholischen Lösung von Methylviolett geträufelt; nach einigen Minuten werden kleine Stückchen von der gefärbten Fläche mit der Staarnadel abgeschabt, in Aqua dest. (beliebig lange) gelegt, alsdann auf ein Objectglas gebracht und hier mit Nadeln möglichst weiter zerkleinert; das Objectglas wird über einer schwachen Flamme erwärmt, bis die Schüppchen trocken erscheinen; dann wird ein Tropfen Nelkenöl aufgeträufelt und mit Canadabalsam eingedeckt.

An einem Theil der Epidermisstückchen findet man Micrococcen; sie sind violett gefärbt.

Sie gehören zu den kleinsten Formen; bei der Prüfung mit Linse F von Zeiss und Ocular 3 gehen etwa drei derselben auf ein Intervall des Ocularmikrometers; es beträgt sonach der Durchmesser eines Kügelchens etwa $^1/_2$ $\mu$.

Sie liegen in kleiner Zahl bei einander, in dichten Anhäufungen hat Verf. sie nicht gefunden; vielfach umsäumen sie die vorstehenden Ränder der Einbuchtungen der einzelnen aus ihrer Verbindung gelösten Zellen; Verf. nimmt an, dass diese Einbuchtungen den Lymphgängen entsprechen, welche er bei seinen Untersuchungen über die Wirkungsweise der Vaccination zwischen den einzelnen Epidermiszellen gefunden habe.

An dem Lieblingssitz der Micrococcen bei Vaccina — den Retekernen — fand Verf. bei Scarlatina keine Micrococcen.

Was den Zustand der Kerne in den untersten Schichten der abgelösten Schuppen betrifft, so ist das Protoplasma der Zellen fast ganz entfärbt; die Kerne erscheinen zart gefärbt und sehr scharf umrandet; sie enthalten eine grosse Anzahl äusserst feiner, etwas intensiver, als der Kernrand, gefärbter Punkte.

Aus dem Befunde der Micrococcen an den Schuppen ergibt sich die Nothwendigkeit der (längst verlangten) Desinficirung der Schuppen.

Aus dem angeführten anatomischen Befunde an den Kernen und

dem Protoplasma der Epidermiszellen folgt für die Therapie die Nothwendigkeit des Versuches, das in das Rete abgelagerte Gift anzugreifen unmittelbar nach seiner Ablagerung, d. h. kurz nach dem Beginn des Fiebers; denn aus jeder an die Peripherie abgelagerten kleinen Contagiummenge entsteht ein Herd, dessen Produkte wiederum zur Unterhaltung des Processes, speciell des Fiebers, beitragen. Was bei der Variola zeitlich durch einen freien oder freieren Zwischenraum geschieden: das „Infectionsfieber" und das „Eiterungsfieber", das reiht sich bei Scarlatina unmittelbar aneinander. Mit dieser Auffassung stimmt der Verlauf der Fiebercurve, wobei man wiederum die Erfahrung macht, auf welche Verf. bei der Variola hingewiesen hat: die Zerfallsprodukte eines Infectionsherdes der Cutis sind in der Regel weniger deletär, als die von der gleichen Infection herrührenden Herde eines anderen Organs; und bei im Uebrigen annähernd gleichen Verhältnissen: die Zerfallsprodukte der Cutis sind um so deletärer für den Organismus, je „saftreicher" die Cutis in ihrem normalen Zustande war.

Friedländer hat (**24**) im städtischen Krankenhause Berlins 229 Scharlachfälle secirt, von denen fast die Hälfte Nierenerkrankungen darboten. Verf. sondert 3 Formen von Scharlachniere strenge von einander, welche niemals Uebergänge bilden und auch nur selten gemischt vorkommen: 1. Die initiale katarrhalische Nephritis, die Frühform; 2. die grosse, schlaffe, hämorrhagische Niere, — interstitielle, septische Nephritis; 3. die Glomerulonephritis, Nephritis postscarlatinosa.

Die initiale katarrhalische Nephritis stellt sich mit dem Auftreten des Exanthems oder wenige Tage später ein und ist in wenigen Tagen oder Wochen wieder verschwunden. Sie verräth sich fast nur durch Albuminurie und Cylinder im Urin, führt nur ausnahmsweise zu Oedemen und tödtet kaum jemals. Sie ist gleichwerthig mit der febrilen Albuminurie vieler Infectionskrankheiten. Anatomisch zeichnen sich die Nieren durch mässige diffuse Hyperämie aus, welche in der zweiten Woche wieder verschwindet und höchstens leichte Trübung der Rindensubstanz hinterlässt. Mikroskopisch findet man Trübung, Schwellung, Zellenwucherung der Epithelien der Harnkanälchen, später Fettbildung in denselben; im Lumen der letzteren hyaline und körnige Cylinder, Rundzellen und losgestossene Epithelien, im inter-

stitiellen Gewebe vereinzelte Rundzellen, Verdickung der Kapselepithelien, zuweilen auch geringe Mengen eiweisshaltigen Fluidums zwischen Kapsel und Glomerulus. Micrococcen kommen in einzelnen Capillaren und Harnkanälchen vor, jedoch nicht constant.

Die grosse schlaffe hämorrhagische Niere — interstitielle septische Nephritis, kann binnen kürzester Zeit tödten. Sie fand sich unter 229 Fällen 12mal (ca. 52·5%), namentlich wenn der Scharlach durch schwere Diphtheritis, Halsphlegmone u. dgl. complicirt war. Sie ist für Scharlach nicht specifisch, sondern kommt auch bei nicht scarlatinöser Diphtheritis vor. Die Nieren erscheinen gross und schlaff und in der Rinde ist die Zeichnung verwischt. Dabei ist sie von kleineren Blutaustritten und gröberen hämorrhagischen Infiltraten durchsetzt. Mikroskopisch beobachtet man nur sehr geringe Veränderungen der Epithelzellen, dagegen ist das interstitielle Gewebe verbreitert und mit reichlichen Rundzellen durchsetzt. Gewöhnlich kommen Micrococcenembolien vor. Die Krankheit entwickelt sich innerhalb der 1.—4. Krankheitswoche und tödtet meist so schnell, dass keine Zeit zur Entwicklung von Oedemen bleibt. Sie ist als eine besonders schwere Form der septischen Nephritis aufzufassen.

Die Glomerulonephritis ist für Scharlach charakteristisch und kommt nur ausnahmsweise unter anderen Umständen vor. Die Nieren sind derb, oft hyperämisch und erinnern an das Bild von Stauungsniere, nur dass die Glomeruli auf der Schnittfläche nicht roth sondern grau und blutleer aussehen. Zugleich sind sie vergrössert und prominent. Die Veränderungen beschränken sich auf die Glomeruli, welche um mehr als die Hälfte vergrössert sind; ihre Kerne sind vermehrt, die Schlingen blutleer, die Wände verdickt, das Lumen verengt oder geschwunden. Das Kapselepithel meist nur wenig verdickt, selten gewuchert. Als nebensächliche Befunde sind noch leichte interstitielle Zelleninfiltration, Verfettung der Epithelien, hyaline Einlagerungen an den Arterien (Klein, Meyer) vorhanden. Aus den Veränderungen an den Glomerulis erklären sich leicht die Anurie und Urämie, sowie die schnelle Hypertrophie des linken Ventrikels, wie bei einem Verschlusse der Nierenarterien, da fast sämmtliches Nierenarterienblut zuerst die Glomeruli zu passiren hat. Es können sich daran Verkalkung der Epithelien der Harnkanäle in der Rinde und selbst nekrotische Veränderungen der letzteren anschliessen, wie der Verf. durch einen interessanten Krankheitsfall darthut.

Hallopeau und Tuffier berichten (**25**) über einen Fall von acutem Gelenksrheumatismus, bei welchem in den letzten Tagen desselben die Haut glänzend roth wurde und 4—5 Tage später eine ausgedehnte Abschuppung der Haut auftrat, welche 14 Tage dauerte. Vier Jahre später erlitt er einen neuen typischen Anfall von acutem Gelenksrheumatismus, der erst die Gelenke der rechten, dann der linken Oberextremität befiel und der Salicylsäure in kurzer Zeit wich. Fast zugleich mit dem Auftreten des Fiebers zeigte sich eine leichte Desquamation auf der Stirne. Fünf Tage später plötzliches Ansteigen der Temperatur, am nächsten Morgen ist der ganze Körper lebhaft roth, nur auf dem Daumenballen befinden sich kaum stecknadelkopfgrosse weisse Bläschen; Pat. empfindet starkes Brennen. Der Pharynx ist frei. Drei Tage später zeigte die bereits im Erblassen befindliche Haut aufs Neue die gleichförmige, zusammenhängende Röthe, die diesmal jedoch das Gesicht und die Glieder frei lässt. Nach nochmals 3 Tagen begann die Abschuppung der wieder vollkommen blassen Haut. Dieselbe dauerte 12 Tage lang — bis zum Tode — und war wahrhaft colossal. Die Schuppen, die täglich aus dem Bett entfernt wurden, füllten mehr als 1 Liter. Im Verlaufe der Desquamation entwickelte sich eine diffuse Bronchitis, die zu einer doppelseitigen Bronchopneumonie führte; eine Pericarditis trat hinzu und der Kranke ging suffocativ zu Grunde. Die Autopsie bestätigte die Diagnose; die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab Verdickung des Stratum corneum; Gefässe, Drüsen und Nerven der Haut waren frei.

Die Verf. weisen den Verdacht zurück, als könnte es sich um eine complicirende Scarlatina gehandelt haben; der Fall sei ein acuter Gelenksrheumatismus, der sich zunächst auf den Gelenken, dann auf der Haut, endlich auf Lungen und Herzbeutel localisirt habe. Die Hautaffection sei eine Modification des von Besnier als Symptom des acuten Gelenkrheumatismus beschriebenen Erythema scarlatiniforme generale, ausgezeichnet durch die Mächtigkeit der Desquamation und schliesslich der von Erasmus Wilson als Dermatitis acuta exfoliativa bezeichneten Krankheitsform.

Die 40jährige Mathilde M. litt so wie drei Geschwister im Februar 1876 an Varicellen (**26**). Am 9. Februar fand Backer das Varicella-Exanthem beinahe über den ganzen Körper verbreitet. Patient

hatte vorher etwas Fieber gehabt, das aber jetzt schon vorüber war. Am 13. Februar brach ein Scharlach-Exanthem mit Fieber-Kopfweh und leichten Delirien hervor, welches am folgenden Tage über den ganzen Körper, das Gesicht allein ausgenommen, verbreitet war; die Fauces waren roth, Tonsillen angeschwollen, mit einzelnen Vesikeln besetzt, die Lippen trocken, die Zungenspitze himbeerähnlich. Am 16. diphtheritischer Belag der Tonsillen, der Scharlachausschlag schon etwas blässer geworden, währenddem die Varicella-Efflorescenzen noch fortwährend vorhanden waren und ein ganz eigenthümliches Bild auf dem scharlachrothen Boden darboten, wo sie sich viel stärker markirten wie gewöhnlich auf gesunder Haut. Am 27. Februar fing die Desquamation an und verlief mit den gewöhnlichen Merkmalen der scarlatinösen Abschuppung, namentlich unter Bildung von grösseren Läppchen an den Händen und Füssen.

Verf. hebt hervor, dass das gleichzeitige Auftreten so ganz verschieden aussehender Exantheme besonders geeignet ist, zu zeigen, dass wirklich zwei zymotische Krankheiten zu gleicher Zeit im selben Organismus vorhanden sein können. Boeck.

Prior berichtet (27) über gleichzeitige Erkrankung zweier Kinder — Geschwister — an drei acuten Exanthemen.

Am 18. November v. J. Scarlatina.

Am 2. December Varicella, welche das eine der Kinder bereits einmal im Sommer 1879 überstanden hatte.

Am 13. December Fieber und Prodromalsymptome der Morbilli, die am 15. Abende zum Ausbruch kommen.

Die Ansteckungsquelle für den Scharlach blieb unbekannt, die Varicellen rührten von einem in demselben Hause wohnenden Kinde her, die Masern wurden durch den Besuch eines Nachbarkindes am 3. December, dessen Geschwister masernkrank waren, und welches selbst am 4. erkrankte, zugetragen. Jede anderweitige Zutragung konnte mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden. Es lagen also zwischen der Infection und dem Auftreten des Eruptionsfiebers 10, und dem Ausbruche des Exanthems 12 Tage. Die Maserninfection war ausgegangen von einem noch im Vorläuferstadium befindlichen Kranken und hatte stattgefunden zu einer Zeit, wo die Kinder mit den Bläschen oder Krusten der Varicellen bedeckt waren, die seit 2 Tagen bestanden, und die ihrerseits, wenn man die Incubationsdauer der-

selben auf 13—14 Tage annimmt, während des Floritionsstadiums des Scharlach die Kinder befallen haben mussten.

Zimmerlin beschreibt (**28**) eine interessante Endemie von Herpes. Von Ende November 1882 bis Ende Jänner 1883 wurden nämlich vom Verf. 30 Fälle von Herpes, meist facialis und überwiegend labialis, 1mal praeputialis beobachtet, von denen 16 auf Aerzte und Wartpersonal, die übrigen auf Reconvalescenten und Kranke eines Flügels des Baseler Bürgerspitals fallen. Bei den Gesunden trat die Erkrankung 5mal in Begleitung eines Schnupfens, 11mal ohne weitere Krankheitserscheinungen auf. In allen Fällen war der Verlauf leicht und rasch. Wie aus der genaueren Beschreibung der örtlichen Verhältnisse des ergriffenen Spitalflügels hervorgeht, scheint ein Miasma das ätiologische Moment gegeben zu haben.

## Neuritische Dermatosen.

**29. Lesser.** Weitere Beiträge zur Lehre vom Herpes Zoster. (Virchow's Archiv Bd. 93, Heft 3, 1883.)

**30. Karewski.** Ueber einen Fall von Trophoneurose im Bereiche des Nervus supraorbitalis. (Berl. Klin. Woch. Nr. 36, 1883.)

**31. Kroell.** Zur Aetiologie des Eczems. (Berlin. klin. Woch. Nr. 18, 1883.)

**32. Ballet** und **Dutil.** Notiz über eine trophische Störung der Haut bei Tabetischen. (Progr. méd. Nr. 20, 1883.)

**33. Meyer.** Ueber einen Fall von tödtlicher pemphigusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem. (Arch. f. path. Anat. Bd. XCIV. Heft 2, 1883.)

Zwei früher mitgetheilten Sectionsbefunden nach Zosterfällen (s. diese Vierteljahresschrift 1882, S. 533) fügt Lesser (**29**) noch einen dritten hinzu. Eine 76jährige Frau, die wegen eines Herpes Zoster im Bereiche des 4. und 5. Intercostalnerven in die dermatologische Klinik zu Breslau aufgenommen war, starb 13 Wochen nach dessen Auftreten, etwa 11 Wochen nach dessen Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Residuen eines entzündlichen Processes — unbekannter Aetiologie — die Bildung narbenartigen

Gewebes mit Untergang der nervösen Elemente im 4. und 5. Intercostalganglion und eine secundäre Degeneration des 5. Intercostalnerven. Somit reiht sich der Fall als 11. den früher bekannten 10 (unter 15 im Ganzen publicirten) Sectionsfällen an, in denen eine zweifellose Erkrankung der Ganglien als wesentlichste Veränderung constatirt ist. Die Erklärung Friedreich's, der neuerdings wieder Bohn beipflichtet, dass es sich beim Zoster um eine bis auf das Hautgewebe fortgesetzte Neuritis handle, weist L. als höchst unwahrscheinlich zurück. Einmal wegen des fast constanten Fehlens motorischer Störungen bei fast regelmässiger Betheiligung des vorderen und hinteren Astes der Spinalnerven, während bei der typischen Neuritis der peripheren Nerven motorische Störungen ein häufiges Symptom seien. Zweitens, weil die Eruptionen der Bläschengruppen nicht regelmässig successive in centrifugaler Richtung erfolgen, wie es gemäss der Friedreich'schen Vorstellung von dem Fortkriechen der causalen Neuritis vom Centrum zur Peripherie geschehen müsste. Auch die Ansicht von Eulenberg und Landois, welche die Hauteruption von vasomotorischer Lähmung herleiten, könne nicht genügen, da die exquisit entzündlichen Vorgänge auf solche Art nicht erklärbar seien. Dagegen hält L. eine von Neisser und Weigert ausgesprochene Ansicht für geeignet, ein Verständniss anzubahnen. Diese Autoren haben das durch nervöse Momente bedingte Absterben oberflächlicher Theile und die dadurch eintretende Möglichkeit für das Eindringen infectiöser Stoffe als wahrscheinliche Ursache für die Entzündungsvorgänge bei Zoster hingestellt. L. glaubt, dass schon das Entstehen zahlreicher kleiner Nekrosen allein zur Erklärung genüge. Er nimmt an, dass es durch die Reizung gewisser Nerven oder wahrscheinlicher noch durch den Fortfall der Functionirung derselben in dem entsprechenden Hautgebiete zum Absterben einzelner Gewebstheile komme, die entweder mikroskopisch klein und ganz oberflächlich, oder auch ausgedehnter und tiefer greifend seien. Jedesmal werde dadurch eine reactive Entzündung hervorgerufen, die im ersten Falle zur Bläschenbildung, im zweiten bei schon makroskopisch wahrnehmbarer Gangrän zu Verschorfung u. s. w. führe. Die betreffenden Nerven entsprängen wohl in den Spinalganglien, resp. in dem Ganglion Gasseri und breiteten sich, vorzugsweise mit den sensiblen Fasern verlaufend, in der Haut aus. Ihre Function wird in erster Linie alterirt, durch Erkrankung der betreffenden

Ganglien; sie kann alterirt werden durch Schädlichkeiten, welche die Nerven in ihrem Verlaufe vom Ganglion zur Haut treffen; nämlich durch Weiterverbreitung eines Processes vom Gehirn und Rückenmark auf die Ganglien. Schliesslich theilt L. einen Fall von Zoster nach peripherer Läsion mit (im Gebiete des dritten unteren Trigeminusastes nach Tödtung eines Zahnnerven), in dem die Bläscheneruption zeitlich genau dem Fortschreiten der Neuritis, vom Nerv. mentalis zum N. auriculo-temporalis, von Kinn und Unterlippe zu Wange und Ohrmuschel folgte. Caspary.

Karewski beobachtete (**30**) an einer 55jährigen Frau isolirte Atrophie im Bereiche des Nervus supraorbitalis sinister. Die linke Stirnhälfte trug etwa auf ihrer Mitte bei sonst gleichartiger Entwicklung beider Gesichtshälften eine fast fingerbreite und ungefähr einen Millim. tiefe Einsenkung. Dieselbe begann am Margo supraorbitalis an der Stelle, wo Supraorbitalnerv und -Gefässe sich zur Stirne empor begeben und erstreckte sich in gleicher Breite in ein wenig nach rechts concavem Bogen bis zur Sutura coronaria. Eine nur halb so breite Furche ging von derselben Stelle am Margo supraorb. auf das obere Augenlid herab etwas schräge zur Nase hin. Die Haut über der Einsenkung war von überaus glatter, fast glänzender Oberfläche, ist braun pigmentirt und stark verdünnt; Augenbrauen und Kopfhaare haften über ihr. Das Fettpolster darunter schien geschwunden, die Muskeln verdünnt; der Knochen war längs der ganzen Stirnfurche eingesunken, am auffälligsten an der Incisura supraorbitalis. Die Erregbarkeit und Function der Muskeln, wie die Sensibilität der Haut intact. Parästhesien, wie Abnormitäten der Schweisssecretion nicht vorhanden, noch früher beobachtet. Pat. der nur gelegentlich eines anderen Leidens zur Untersuchung kam, hatte während der ersten Schwangerschaft vor mehr als 20 Jahren einen gelben Fleck auf der Stirne bemerkt, der sich allmählich vergrösserte und namentlich mit jeder neuen Gravidität an Umfang zunahm. Erst bei der letzten Entbindung vor ca. 11 Jahren fing die Haut an einzufallen; gleichzeitig wurde ein successives Einsinken des Knochens bemerkt. Der ganze Process soll bis jetzt progredient gewesen, ohne alle Beschwerden verlaufen sein. An Neuralgien hatte die Frau nie gelitten, ein Trauma hatte an der betreffenden Stelle nie stattgefunden. Besonders dieser letztere Umstand unterscheidet die vorliegende

Trophoneurose scharf von den ähnlichen Fällen Romberg's (1 Fall) und Wilson's (mehrere Fälle). Mehr analog scheinen die Fälle von progressiver, halbseitiger Gesichtsatrophie, nur dass bei ihnen eine Isolirung auf das Gebiet einer einzigen Nervenbahn statthatte.

Caspary.

Kroell beschreibt (**31**) einen Eczemverlauf, den er als neuropathische Dermatose anreiht an die von Schwimmer citirten Fälle von Cavafy (nach traumatischer Läsion des Plexus brachialis, zugleich mit intensiver Neuralgie auftretendes Eczem längs des Nervus radialis) und Brouardel (nach 9tägiger Trigeminusneuralgie acutes Eczem der betreffenden Wange und Kopfhauthälfte). Ein 39jähriges Mädchen hatte eine Verbrühung der rechten Gesichtshälfte erlitten, durch die theils nur Röthung, theils Blasenbildung hervorgerufen war, und der nach 14 Tagen eine Narbenwucherung an der Stelle der stärksten Verbrühung folgte. Unter Collodiumbepinselungen trat ein acutes Eczem der Wange ein, dem zerstreute Bläschen an Fingern, Handgelenk und Arm derselben Seite, sehr bald auch ein hochgradiges, mit starker Schwellung verbundenes Eczem des Oberarmes und dann des Vorderarmes sich anschloss. Nach schnellem Nachlass der Entzündungen begann dann ein Eczem der anderen (linken) Gesichtshälfte, zu dem wieder dieselbe Affection des linken Oberarms, später des linken Vorderarms hinzutrat. Schwinden aller Erscheinungen; nach wenigen Tagen Recidiv, wieder zuerst des Gesichts, dann des rechten, später des linken Ober- und Vorderarms in derselben Reihenfolge; wie früher einen Monat nach Beginn der Eruptionen trat definitiver Nachlass ein, nur dass die Haut sehr empfindlich blieb gegen jede äussere Temperatursteigerung, gegen genusserregende Speisen und Getränke, wonach Hitzegefühl, selbst leichtes Eczem eintrat; ferner war eine Disposition zu Urticaria (nach Ananasgenuss u. s. f.) hervorgetreten. — Verf. glaubt, die sprungweise Verbreitung des Eczems über symmetrische Körpertheile nur so erklären zu können: die Ausbreitung des Eczems von der rechten Gesichtshälfte auf die rechte Oberextremität durch Reflex vom Auricularis magnus durch Vermittlung des Plexus cervicalis auf den Plexus brachialis; die Affection der entgegengesetzten Körperhälfte durch Reflex vom Trigeminus und dem Brachialplexus; die Reflexe ursprünglich ausgelöst durch die entzündliche Reizung einer Anzahl durch die Verbrennung getroffener Nervenendigungen.

Caspary.

Ballet und Dutil machen (**32**) auf einen eigenthümlichen Zustand von trockener Schuppenbildung der Haut aufmerksam, der sich langsam in Folge mangelhafter Ernährung in ähnlicher Weise wie die Skeletalterationen der Tabeskranken entwickelt. Dieses trophische Hautleiden tritt stets in den Districten gestörter Sensibilität (An-, Hyperästhesie, schiessender Schmerzen), vorwiegend im Bereich der Extremitäten, zumeist der oberen, auf. Die Haut zeigt sich lividroth, verdickt, trocken, schuppend, am Handrücken bisweilen auffallend faltig und furchig. Die Nägel erkranken gleichfalls und fallen ab.

Bei einem 65 Jahre alten bisher gesunden Manne war es nach einer Mittheilung von Meyer (**33**) im Beginn der Erkrankung zu einem eigenartigen Ausschlage auf der Brust gekommen. Späterhin traten unregelmässig zerstreute Blasen auf, wodurch der Process mehr den Charakter eines Pemphigus annahm. Im weiteren Verlaufe kam bei rascher Ausbreitung des Processes über den ganzen Körper das Bild des Pemphigus foliaceus zu Stande. Es kam nicht mehr zur eigentlichen Blasenbildung; rasch hintereinander sah man grosse Bezirke der Cutis leicht anschwellen, sich verfärben, die Epidermis darauf sich falten und sich abheben, ohne dass darunter grössere Flüssigkeitsansammlungen auftraten. Der Process verlief ganz stürmisch; jeden Tag war eine neue Fläche der Haut erkrankt.

Sensibilität und Motilität wiesen keinerlei Störung auf. Patellar- und Kitzelreflexe waren exquisit vorhanden. Kein Bauchreflex. Der Urin war stets frei von Eiweiss und Zucker. Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab nur die Anwesenheit von spärlichen Leucocyten, von einzelnen rothen Blutkörperchen, von feinsten Fetttröpfchen; niedere Organismen, denen durch ihre Menge oder ihre Form irgend eine Bedeutung zukäme, wurden nicht gefunden; namentlich wurde die von Spillmann und Gibier als pathognomisch für den Pemphigus acutus angegebene Stäbchenform nicht constatirt.

Der Exitus lethalis erfolgte nach einer siebenwöchentlichen Krankheitsdauer.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab: Reichliche Zelleninfiltration des Stratum papillare, unterhalb desselben Abnahme der Infiltration. Die kleinen Arterien eng, blutleer, in ihrer Peripherie ein wenig mit Zellen infiltrit, die Venen bis in die kleinsten Zweige

fast sämmtlich dilatirt, dicht mit weissen Blutkörperchen gefüllt. Eine grosse Zahl von Gefässschlingen, namentlich in der Papilla oder am Uebergange zwischen den Papillar- und tieferen Gefässen blutleer, mit glänzenden Wandungen versehen oder selbst mit einer homogenen oder schwach körnigen Masse ausgefüllt, welche stellenweise den Charakter der hyalinen Thrombose trägt. Lymphgänge dilatirt.

Die Epidermis anlangend fand sich Abhebung der Hornschicht in der Höhe des Stratum granulosum. Die tieferen Schichten des Stratum Malpighii erhalten, ab und zu einige Zellen mit Vacuolen versehen; stellenweise reichliche Leucocyten, rothe Blutkörperchen in den tieferen Partien der Retezapfen. An den weitaus meisten Punkten war jedoch ersichtlich, wie ohne solche Infiltration in der Höhe der Körnerschicht die Epidermis sich lockerte und abstreifte.

Die mikroskopische Untersuchung des Nervensystems ergab zunächst an den theils frisch, theils mit Osmium behandelten Nerven das Folgende:

In kleinen subcutanen Nerven vom Vorderarm, Fussrücken oder Unterschenkel fanden sich theils eine grössere Menge leerer Nervenscheiden, theils eine Zahl Nervenfasern in den jüngeren Stadien der sogenannten parenchymatösen Degeneration (Zerklüftung des Markes, Anhäufung von körnigem Protoplasma, Vermehrung der Kerne der Schwann'schen Scheiden). Die Untersuchung einer Reihe anderer feinerer Hautnerven ergab fast in allen Präparaten verschiedene Fasern in einem gewissen Stadium der Degeneration. Dagegen ergab die Untersuchung verschiedener Muskelnerven keine Abnormität.

Am Sympathicus wurden keine Veränderungen aufgefunden. Mehrere Spinalganglien, namentlich solche, die den am meisten afficirten Körperstellen entsprachen, wurden in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet und nachher geschnitten; die Ganglienzellen waren nicht entartet. Auch in den Spinalwurzeln liessen sich keine evidenten Degenerationen nachweisen. Anders verhielt es sich mit dem Rückenmarke. Hier waren schon bei der Section mehrere Stellen aufgefallen, die pathologisch aussahen: z. B. graue Streifen längs der hinteren Längsspalte im ganzen Hals- und im Dorsalmarke; ferner graugelblich verfärbte Stellen in dem Hinterstranggrundbündel im oberen Halsmark, sowie durchscheinende Punkte in den Seitensträngen des unteren Dorsal- und Lendenmarks. Mikroskopisch zeigte sich an all diesen Stellen das interstitielle Gewebe verdickt, die Nervenröhren von einem straffen

in Carmin sich stark imbibirenden, aber ziemlich kernarmen Bindegewebe umgeben; hie und da fand man förmliche Züge eines sclerotischen Bindegewebes, gewöhnlich den Blutgefässen entlang; letztere selbst waren mit dicken sclerotischen Wandungen versehen und ihr Lumen stark beeinträchtigt. Stellenweise sind die Nervenröhren evident im Schwund begriffen.

Diese Sclerosirung fand sich in der ganzen Länge der Goll'schen Stränge, am stärksten gegen die hintere Commissur zu; in den Burdach'schen Strängen waren es mehr zerstreute Flecken, ungefähr in der Mitte derselben zwischen den Goll'schen Strängen und hinterer Wurzelzone. Im unteren Dorsalmark und im oberen Lendenmark fand sich auch in den Seitensträngen, allerdings nur in der Nähe der hinteren Wurzeln, eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes. Die Vorderstränge waren ganz intact; in der grauen Substanz fand sich nur eine starke Pigmentirung mancher Ganglienzellen, wie sie bei älteren Personen aufzutreten pflegt.

In der Epikrise betont der Autor mit Rücksicht auf die Untersuchungen von S. Mayer, dass die Zahl der an den peripheren Nerven betroffenen Fasern eine viel zu grosse war, um nicht als pathologisch angesehen werden zu müssen. Die Beziehung zwischen der angetroffenen Rückenmarkssclerose und der Hauterkrankung anlangend äussert sich der Autor dahin, dass er nicht ohne Weiteres das Hautleiden als die einfache, unmittelbare Folge der Rückenmarkssclerose ansehen möchte. Er weist vielmehr auf das gleichzeitige Vorkommen von zahlreichen Gefässobliterationen, sowohl im Rückenmarke wie in der Cutis hin, hier hauptsächlich Endarteriitis obliterans, dort eine mehr diffuse fibröse Entartung und Verödung der Gefässe. Es lässt sich nun wohl annehmen, dass durch diese doch offenbar seit längerer Zeit sich entwickelnde Gefässalteration in den beiden befallenen Organen entsprechende Ernährungsstörungen eingeleitet wurden, die hier, wie ja so häufig im Rückenmarke, zu einer Sclerose des interstitiellen Gewebes führten. Als diese stark genug wurde, um eine Compression der Nervenröhren zu bewirken, war ihrerseits die Haut durch die verbreiteten arteriellen Obliterationen so weit in ihrer Ernährung beeinträchtigt, dass der nun durch die centrale Störung in ihr hervorgerufene krankhafte Process sehr rasch eine ungewöhnliche und für das Leben des Patienten bald verderbliche Intensität erreichte.(?)

Jarisch.

## Stauungs-Dermatosen.

34. **Bockhart.** Zur Aetiologie der Elephantiasis Arabum. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie Nr. 5, 1883.)
35. **Elizabeth M. Cushier.** Ein Fall von Myxödema. (Arch. of med. December 1882. — Centralbl. f. klin. Med. Nr. 26, 1883.)
36. **Grocco.** Das Myxödem und die Bright'sche Krankheit. (Annal. univers. di medic. e chirurg. Heft 1, 1883.)
37. **Heurot.** Ueber die anatomischen Veränderungen und die Natur des Myxödems. (Gaz. des hôpit. Nr. 23, 1883.)
38. **Greve.** Ein Fall spontaner Hautgangrän bei einem Neugeborenen. (Tidsskrift for praktisk Medicin, Nr. 5, 1882.)

Die exacten Beobachtungen von Manson, Lewis und des Naturforschers Cobbold lassen nach Bockhart (**34**) keinen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Angabe, dass es sich bei der tropischen Elephantiasis um eine specielle Aeusserung der endemischen Filariose handelt, die, wie nun bekannt, auch als Chylurie, Lymphscrotum etc. auftritt. Nun ist aber die Elephantiasis Arabum eine pandemische Krankheit, die unter allen Zonen zur Beobachtung kommt; freilich in den nördlichen und gemässigten Himmelstrichen nur in vereinzelten Exemplaren. Hier kann es sich natürlich nicht um eine Filariose handeln. Was aber die Filarien und deren Eier thun, das können auch andere niedere Organismen bewirken.

Bockhart theilt nun die Krankengeschichte eines sehr interessanten Falles von Elephantiasis Arabum mit, bei dem die experimentelle Erzeugung von wahrer Elephantiasis vorliegt.

Eine 59jährige Taglöhnerin leidet seit frühester Jugend an multiplen Fibrosarcomen (fibromata mollusca) der Haut. Die einzelnen Geschwülstchen, die fast über die ganze Haut verbreitet sind, variiren in ihrem Umfang von dem eines Stecknadelkopfes bis zu dem einer Haselnuss und sind in dieser Grösse stets stationär geblieben. Nur in der linken Regio glutaea hatten sich mehrere — ca. 20 — Fibromaknoten im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte allmählich vergrössert, waren mit einander verwachsen und stellten beim Eintritt der Patientin ins Julius-Spital in Würzburg einen sackartigen Tumor dar, der mit einem breiten aber dünnen Stiel von der linken Glutäalgegend herabhing. Die Länge dieses Tumors betrug 33 Ctm., in seiner grössten Peripherie mass er 82 Ctm. Die Haut über dem

Tumor war dünn, atrophisch und es konnten durch dieselbe die einzelnen mit einander mehr oder minder verbackenen Fibromaknoten sehr leicht betastet und gezählt werden.

v. Rinecker wünschte nach dem Vorgange von Busch, über der grossen Geschwulst ein sogenanntes Erysipèle salutaire hervorzurufen und Fehleisen züchtete damals die Erysipelcoccen auf künstlichem Nährboden und impfte dieselben auf den Tumor ein. Welch wichtiges Resultat diese Impfung für die Kenntniss der Aetiologie des Erysipels hatte, ist bereits bekannt. (Siehe diese Vierteljahresschrift 1882, pag. 513.)

Dem damaligen Berichte über den Fall, welcher jedoch nur bis circa Ende September reichte, entnehmen wir hier nochmals folgende Daten:

Die Erysipelimpfung wurde am 21. August 1882 vorgenommen. Am 25. August hatte sich ein typisches Erysipelas marginatum entwickelt, das bis zum 4. September 1882 anhielt, die ganze Oberfläche der Geschwulst durchwanderte und dauernd hohe Temperaturen (bis zu 41.6°) setzte. Noch während der Dauer des Erysipels wurden die am meisten oberflächlich gelegenen Fibromaknoten weicher und verschwanden ihre früher wohl abzutastenden Grenzen für den zufühlenden Finger. Als nun das Erysipel im Begriffe war, abzublassen — 1.—4. September — schwoll die ganze Geschwulst an und nahm an Gewicht (etwa um 1 K.) zu. Vom 10. September an war eine offenbare Rückbildung dieser Schwellung bemerkbar; doch kehrte dieselbe kurze Zeit darauf in den unteren zwei Drittheilen der Geschwulst in viel bedeutenderem Masse als früher wieder, und zu Anfang October war der Tumor am schwersten, mass in seiner grössten Peripherie 148 Ctm. und wog ca. 9—10 K. Diese Schwellung betraf von Anfang nur die Haut und das Unterhautzellgewebe, und sie stellte sich dar als ein immer mehr an Umfang zunehmendes Oedem. Die Haut war nun über der Geschwulst ausserordentlich gespannt, glatt und blass. Durch Fingerdruck konnte man leicht eine tiefe Grube erzeugen. Durch die ödematöse Schwellung hindurch waren die Fibromaknoten nicht mehr zu fühlen. Auf Einstich mit der Nadel eines dünnen Troicarts entleerte sich trübe, gelbliche Oedemflüssigkeit, die mikroskopisch untersucht wurde; sie enthielt ausser Serum nichts als wenig zahlreiche Wanderzellen. Die Lymphdrüsen der linken Weichengegend, die bereits während des bestehenden Erysipels ange-

schwollen waren, hatten jetzt an Umfang und Härte zugenommen und theilweise die Grösse einer Wallnuss erreicht.

Im Verlaufe der Monate October 1882 bis Januar 1883 nun schwand nach Bockhart's Bericht allmählich das Oedem, um in hochgradige Elephantiasis der Haut überzugehen; dabei nahm die Geschwulst an Gewicht um etwa 1 Kg. und an Umfang um ca. 18 Ctm. ab. Ende Januar bot die Haut des unteren Drittels der Geschwulst folgendes Bild: Die Haut war gespannt, meist glatt, an einigen Stellen hatten sich erbsen- bis nussgrosse runzlige Höcker von dunkelbrauner Farbe gebildet; im übrigen war die Hautfarbe gleichmässig graubraun. Eine Hautfalte konnte man nicht mehr aufheben, auf Druck mit dem Finger überzeugte man sich von der brettharten Resistenz des Gewebes. Geschwulstknoten waren in der Tiefe nicht mehr zu fühlen. Die Nadel eines dünnen Troicarts konnte durch diese resistente Gewebsmasse kaum hindurchgestossen werden. Die früher höchstens 1 Ctm. dicke Haut und Unterhautschicht hatte nun die Dimensionen einer 10 cm. dicken Elephantiasis-Schwiele angenommen.

Es hatte sich also im unteren Drittel der die Geschwulst bedeckenden Haut im Verlaufe von fast 6 Monaten infolge des Erysipels und aus einem stationären Oedem heraus eine wahre Elephantiasis Arabum entwickelt.

Bei der tropischen Elephantiasis kommt es nach Manson zur totalen Obstruction der betreffenden Lymphdrüsen entweder durch einfache Anhäufung von Filarieneiern in denselben, oder infolge einer durch die Parasiten hervorgerufenen Adenitis. Die ins Gewebe ergossene Lymphe kann dann die Lymphdrüsen nicht mehr passiren.

Verf. glaubt nun, dass es sich bei der durch Erysipel hervorgerufenen Elephantiasis, ähnlich wie bei der tropischen, um eine durch die Erysipelcoccen bedingte und auf entzündlichem Wege entstandene Obstruction von Lymphgefässen und Lymphdrüsen handelt.

In dem oben beschriebenen Falle trafen die Erysipelcoccen das rareficirte Saugadersystem einer gezerrten, atrophischen Haut. Hier konnte natürlich viel leichter, als in einem gesunden Gewebe, eine entzündliche Obstruction in den Lymphdrüsen oder Lymphgefässen eintreten, zumal das Erysipel mit grosser Heftigkeit auftrat und verlief. Uebrigens mögen wohl nach jedem Erysipel partielle Verödungen von Lymphgefässen oder Lymphdrüsen zu Stande kommen, die aber bei der Durchgängigkeit des gesunden Theiles der Lymphbahn be-

deutungslos sind. Wiederholen sich jedoch die Erysipele, so obliteriren immer mehr Partien der Lymphbahn und schliesslich kommt es zum stationären lymphatischen Oedem und zur Elephantiasis.

In einem Falle von Myxödem, den Elis. Cushier (**35**) beschreibt (und den sie als den 48. in der Literatur bezeichnet) stammte die Krankheit wahrscheinlich aus dem Jahre 1861. Die Pat. war aus England gebürtig, lebte aber seit ihrer Kindheit in Amerika. Kam 1877 unter Beobachtung, starb an Phlegmone.

Section: Das Gehirn konnte wegen Schwierigkeit der Umstände, unter denen die Section vorgenommen wurde, nicht untersucht werden.

Das Unterhautzellgewebe in der Cervicalregion gleicht der Wharton'schen Sulze des Nabelstranges; sonst nirgendwo so beschaffen. Gesichtshaut nicht untersucht. Herz beiderseits hypertrophisch, rechts etwas dilatirt. Nieren etwas grösser, mässige Corticalatrophie.

Mikroskopische Untersuchung: Abwesenheit von Haarfollikeln, Schweiss- und Talgdrüsen in der Haut, Bindegewebsfasern im Unterhautzellgewebe geschwollen, zerstreute Rundzellen, Kerne des Bindegewebes gross und deutlich, Infiltration mit kleinen, sphärisch stark lichtbrechenden Körperchen.

Fasern des Herzens atrophisch, durch glänzende sphärische Körperchen auseinander gedrängt.

Nieren: Cortical- und Medullaratrophie, Tubuli stellenweise verschwunden, Bindegewebe vermehrt, Bindegewebsfasern geschwollen, Epithelien granulirt, Infiltration mit glänzenden Körperchen.

Thyreoidea: Alveolen verödet, Gewebe in eine homogene Masse verwandelt. Zunge: Bindegewebe vermehrt, Muskelfasern durch hyaline Massen auseinander gedrängt.

Im Rückenmark Verdickung der Gefässe und Infiltration mit homogener Substanz. Im unteren Drittel des Lumbalmarks, im Vorderhorn, erweiterte Blutgefässe und granuläre Pigmentation. In anderen Theilen des Lumbalmarks und in der unteren Cervicalregion kleine Hämorrhagien und Pigmentation, allenthalben Erweiterung der Blutgefässe. In den Vorder- und Hinterhörnern des Lumbalmarks Zellen in gelber Degeneration, Atrophie und Verminderung der Zellfortsätze. In den Hintersträngen ausserhalb der grauen Substanz glänzende sphärische Körperchen. Centralkanal obliterirt. Im Cervicalmark alle pathologischen Befunde geringer, Atrophie geringer, die glänzenden Körperchen in den Strängen eingesprengt, Centralkanal theilweise offen.

Grocco beschreibt (**36**) einen Fall von Myxödem bei einer 45jährigen, aus phthisischer Familie stammenden Frau, die dreimal geboren hatte.

Das Leiden datirt aus dem Jahre 1870. Die Haut zeigte am ganzen Körper, besonders aber im Gesicht und an den Extremitäten, die dem Myxödem eigenthümliche Verdickung und Verhärtung, fühlte sich rauh und trocken an, und war überall, selbst an der Volarfläche der Hände mit mehr oder weniger massenhaften Epidermisschuppen bedeckt, so dass einige Stellen das Bild der Ichthyosis zeigten. Selbst starker Druck mit der Fingerspitze erzeugte keine Vertiefung. Die Schweissabsonderung hatte seit Jahren aufgehört. Die Haare fehlten auf dem Kopfe und an den Schamtheilen nahezu vollständig. Alle Bewegungen waren mühsam, theilweise schmerzhaft. Veränderungen der inneren Organe waren nicht nachzuweisen. Es bestand fortwährendes Oppressionsgefühl auf der Brust; der Puls war klein, regelmässig, 72 Schläge in der Minute; die Temperatur schwankte zwischen 36·2—36·4. In dem spärlichen, nicht ganz durchsichtigen, leicht sauren Urin von 1010—1014 spec. Gewicht fand sich eine mässige Menge Eiweiss, Epithelien aus Blase und Nieren, sowie hyaline und körnig-verfettete Cylinder. Die allgemeine Prostration war sehr ausgesprochen, die geistigen Fähigkeiten herabgesetzt. Die Veränderungen der Haut zeigten sich besonders stark auf der linken Körperhälfte. Bemerkenswerth war ferner der doppelseitige Exophthalmus und die Vergrösserung der Thyreoidea, während diese Drüse bei Myxödem gewöhnlich vollkommen atrophisch gefunden wird.

Der Verf. hält bei seiner Kranken die Affection der Niere für das Primäre und erinnert an die Beobachtung von Ord, der einen Fall von Myxödem mit Hämaturie beginnen sah, so wie an die Veränderungen in den Nieren, welche die Section bei einigen Fällen nachgewiesen hat.

Heurot fand (**37**) bei einem 36jährigen Kellerarbeiter, der während des Lebens alle charakteristischen Symptome des Myxödems geboten hatte, folgenden Sectionsbefund: Lungen gesund; Herz atrophisch, jedoch nicht degenerirt. Starker Milztumor. Leber, Pankreas und Magen ohne Veränderungen. Schilddrüse auf das Fünffache des Normalvolumens vergrössert, eben so sind die submaxillaren Lymphdrüsen zu grossen Packeten hypertrophirt. Die meisten Nerven, so der Vagus, Glosso-

pharyngeus, Plexus brachialis sind erheblich verdickt. Die stärksten Veränderungen zeigt jedoch der Sympathicus und das Gehirn. An der Basis findet sich an Stelle der Hypophysis ein Tumor von der Form und Grösse eines kleinen Hühnereies; das darunter liegende Gehirn ist ausgehöhlt, das Chiasma opticum ganz plattgedrückt. Auch die Zirbeldrüse ist fast doppelt so gross als im Normalzustande. Der Sympathicus ist im Hauptstamm und in allen Ganglien und davon ausgehenden Nerven stark hypertrophisch; das obere Halsganglion z. B. ist 45 Mm. lang und 15 Mm. breit, fast eben so gross das untere Halsganglion. Auch die Nn. splanchnici, das Gangl. semilun. und der Plex. solaris sind vergrössert. Die mikroscopische Untersuchung zeigt durchweg nur wahre Hyperplasie der normalen Elemente. Von den bisher bekannten vier Antopsiefällen von Myxödem ist dies der erste, welcher Veränderungen am Nervensystem zeigt.

Zwei jungen, gesunden Eheleuten erkrankte ein wohlgenährtes, kräftig aussehendes, 14 Tage altes Kind nach Greve's Bericht (38) in folgender Weise:

Am rechten Costalrand, etwas nach innen vor der vorderen Axillarlinie, bildete sich ein kaum hanfkorngrosser, gelbrother Fleck. Die angrenzende Haut war normal und das Kind schien sonst ganz gesund zu sein. Am folgenden Tage gerufen, fand Verf. an der Stelle, wo der kleine Fleck sich gezeigt hatte, einen runden, erbsengrossen Substanzverlust der Haut; die Ränder waren scharf abgeschnitten und unterminirt, und das Geschwür secernirte eine dünne, geruchlose, schwach mit Eiter gemischte Flüssigkeit. Im Boden schimmerte der Rippenknorpel durch. Die angrenzende Haut gesund. Der Nabelstrang war abgefallen und die nachgelassene Wunde in Heilung begriffen. Das Kind sonst dem Anscheine nach ganz gesund. Am unteren Drittel des Brustbeines sieht man ausserdem eine scharf begrenzte, grüngelb decolorirte, circa 2 Ctm. lange und $^1/_4$ Ctm. breite Hautpartie. Am folgenden Tage war auch hier ein Substanzverlust von ovaler Form, sonst aber von demselben Aussehen, wie der erste, welcher jetzt bedeutend grösser geworden war und reichlich secrenirte. Drei Tage später hatten die beiden Ulcera sich zu einem einzigen grossen Substanzverlust von länglicher Form und mit scharf abgeschnittenen, unterminirten Rändern vereinigt. Im Boden desselben lagen die Musculatur und Knochentheile wie auspräparirt. Die Secretion

sparsam. Keine Granulationsbildung. Am Nabel ein kleiner fluctuirender Abscess und in der rechten Seite sah man eine blaurothe, erhabene, resistente empfindliche Hautpartie, die sich gerade zu dem unteren Rande des grossen Substanzverlustes hinstreckte. (Vielleicht ein Senkungsabscess.) Im linken Hypogastrium hat sich ein neuer kleiner, gelbgrüner Fleck gebildet. Das Kind war selbst etwas herabgekommen. Drei Tage später starb das Kind. Der Substanzverlust hatte sich mittlerweile fortwährend in derselben Weise erweitert und erstreckte sich am Ende über einen grossen Theil der linken Seite des Unterleibes und aufwärts bis zu der fünften Rippe, sowie auch, wie gesagt, über das untere Drittel des Brustbeines. Unter den weithin unterminirten Rändern lag ein sparsamer, käsiger Detritus. Der Boden des Substanzverlustes war sonst rein, von den intacten Muskelschichten und Knochentheilen gebildet. Bei der Section, die vom Prof. H. Heiberg vorgenommen wurde, wurde nichts Krankhaftes in den inneren Organen gefunden. Der Verf. hat vor mehreren Jahren einen ganz analogen Fall mit ganz derselben Localisation, Verlauf und Ausgang bei einem Neugeborenen beobachtet. Boeck.

## Epidermidosen.

39. **Vidal.** Ueber die Leucoplasia buccalis. Vortrag, gehalten im Hôpital Saint-Louis. (Auszug aus der „Union médicale", 3. Serie, 1883.)
40. **Gamborg.** Drei Fälle von Alopecia areata in derselben Familie. (Tidsskr. for prakt. Medicin, Nr. 22, 1882.)
41. **Lassar.** Ueber Alopecia praematura. (Berliner klin. Woch. Nr. 16, 1883.)
42. **Uchermann.** Ein Fall von Alopecia completa traumatica. (Tidsskr. for prakt. Medicin, Nr. 4, 1883.)
43. **Bergh.** Abnorme cutane Pigmentosen (Anthropoleopardalisdermia: Orsi). (Hospitals Tidende, Aug. 1883.)
44. **Csokor.** Ueber den feineren Bau der Geflügelpocke. (Epithelioma contagiosum B.) (Vierteljahresschrift für Veterinärkunde, XL. Bd., 1. Heft.)

Die unter dem von Vidal (39) vorgeschlagenen Namen „Leucoplasia buccalis" beschriebene Affection ist erst seit kurzer Zeit in die Wissenschaft aufgenommen. Sam. Plumbe spricht von einer Ichthyo-

sis der Zunge, welcher Ausdruck lange Zeit von englischen und amerikanischen Aerzten adoptirt wurde. Im Jahre 1858 beschreibt Buzenet die weissen Plâques der Raucher auf der inneren Fläche der Wangen und der Lippen. Im Jahre 1866 veröffentlichte Kaposi eine Studie über Keratosis mucosae oris. 1868 studirte Bazin diese Affection und gab ihr den Namen Psoriasis buccalis. Im Jahre 1877 endlich veröffentlichte Schwimmer in dieser Vierteljahresschrift eine vielbeachtete Arbeit, in welcher er nachzuweisen suchte, dass die Leucoplakia buccalis — dieser von ihm herrührende Name ist eine Uebersetzung der Devergie'schen Plâques blanches de la langue — eine von den syphilitischen Glossitis verschiedene Affection sei, wenn auch mehrere Autoren noch immer geneigt sind, die beiden mit einander zu verwechseln. Nun schlägt V. für diese Affection den Namen Leucoplasia buccalis vor, der sich um so mehr empfehlen soll, als er nicht die Prätension hat, ein Vorurtheil über die Natur der Affection zu bilden. Nach V. ist die Leucoplasia buccalis eine squamöse, chronische Affection, die ihren Sitz hauptsächlich auf dem Rücken der Zunge oder auf der inneren Fläche der Wangen und Lippen hat, und durch weisse, dichte Schuppen, sowie durch eine superficielle Induration der Schleimhaut, die manchmal exulcerirt erscheint, charakterisirt ist. Sie entwickelt sich im Allgemeinen bei hiezu prädisponirten Individuen, sehr häufig jedoch bei Syphilitischen, die specifische Läsionen der Zunge und der Schleimhautplâques gehabt haben. Als erstes Zeichen der beginnenden Affection erscheinen sowohl bei Syphilitischen, als auch bei Nichtsyphilitischen, bei Rauchern und Nichtrauchern kleine, runde, erythematöse Plâques, die anfangs rosenroth oder röthlich, später weisslich werden und mit feinen Schuppen bedeckt sind. Die Papillen sind deutlich abgehoben, abgeflacht. Diese weisslichen Plâques dehnen sich nach der Fläche aus; die anfangs feine Desquamation modificirt sich nun. Hat die Affection einige Monate, manchmal sogar mehrere Jahre gedauert, dann nehmen die breiter gewordenen Plâques eine graulichweisse oder mattweisse Farbe an, die sich am besten mit jener vergleichen lässt, die der Lapisstift auf einer Schleimhaut hervorbringt. Diese Epidermidalproductionen heben sich in mehr oder minder dicken Lamellen, die eine Länge von 1·2, selbst 3 Centimeter haben können, ab. An gewissen Punkten erodiren sich dann diese desquamirten Stellen, vernarben und bedecken sich von Neuem mit Epithelialprodukten oder

die oberflächlich indurirte Zunge zeigt verschiedene Risse und Sprünge. Später endlich, wenn der grössere Theil der Oberfläche der Zunge vom Processe ergriffen ist, sieht man gewisse Theile den papillomatösen Anblick wieder annehmen, und gewisse borstenförmige Erhöhungen, die hornig und konisch sind, und sich wie die Papillen einer Katzenzunge anfühlen. Das ist es, was V. den zweiten Grad der Leucoplasia buccalis nennt, jenen papillomatösen Zustand, der hart an den epitheliomatösen grenzt, dessen Anfang er übrigens bildet. Heilungen kommen, wenn auch sehr selten und ausnahmsweise, vor. In der Regel dauert die Affection lange, etwa 12 bis 15 Jahre, ehe sie in das Epitheliom übergeht und ist von Zeit zu Zeit von Remissionen begleitet. Die pathologische Anatomie der Leuc. bucc. ist nicht vollständig bekannt, da die mikroskopischen Untersuchungen bisher nur dann ausgeführt werden konnten, wenn das Leiden schon bedeutend vorgeschritten war, oder den papillomatösen Charakter, d. h. den ersten Grad der epithelialen Degeneration bereits angenommen hatte. Debove fand eine Verdichtung des Epithels und der Schleimhaut, sowie Sclerose der letzteren, Infiltration der jungen Zellen mit folgender Proliferation, endlich eine faserige Transformation des Coriums, was den Autor veranlasste, die von ihm als Psoriasis linguae bezeichnete Affection als eine Cirrhose der Schleimhaut anzusehen. V. constatirte eine Abflachung der Papillen, die dann denen der Haut gleichen, Erweiterung der Gefässe und Accumulation von weissen Blutkörperchen um die Gefässwände. Nach einigen Worten, die die Aetiologie der Krankheit betreffen, geht V. auf Diagnose und Prognose über, gibt einige ausgezeichnete Winke über die ziemlich schwierige Frage der Differenzialdiagnose und schliesst endlich mit detaillirten Anweisungen für die Therapie, in denen wir jedoch nichts Neues entdeckten.

Schiff.

Bei einem 14jährigen Mädchen beobachtete Gamborg (**40**) am Hinterkopf und in der Region des rechten Parietalbeines zwei ovale, vollständig haarlose Hautpartien, deren Diameter circa 3 Ctm. betrug. Die Kopfhaut war an diesen Stellen ganz glatt und glänzend, und an den Rändern derselben waren die Haare sparsamer und schwächer entwickelt. Die Sensibilität der Haut schien nicht herabgesetzt zu sein. In der linken Parietalregion war ein ähnlicher, etwas kleinerer haarloser Fleck zu sehen. Der Haarwuchs sonst am Kopfe normal. Patient hatte die Affection schon vor einem Jahr als noch ganz kleine

Flecken bemerkt. Sie war etwas dünn und mager und von blasser Hautfarbe, sonst gesund. Sie hatte 6 Geschwister, die gesund waren. Ein Jahr später, als diese Patientin schon geheilt war, kam eine 3jährige Schwester, und nach 2 Jahren eine 5jährige Schwester mit ganz derselben Affection in Behandlung. Die Haare mit der Wurzelscheide sämmtlicher Patientinnen wurden genau untersucht, aber mit negativem Resultat. Die Behandlung des Verf.'s, deren Resultate er rühmt, bestand in der Einreibung der haarlosen Stellen mit einer Thersalbe jeden Abend und Abwaschen unter tüchtiger Reibung jeden Morgen mit spirituösen Waschwässern. Boeck.

An mehr als fünfzig Personen beiderlei Geschlechtes hat Lassar (41) seine früher (s. diese Vierteljahresschrift 1882, Nr. 567) ausgesprochene Ansicht bestätigt gefunden, dass die Alopecia praematura furfuracea ein von aussen überkommenes, also localinfectiöses und übertragbares Leiden sei, das durch antimycotische Waschungen und Oelungen in verhältnissmässig kurzer Zeit sistirt werden könne. Zwei solcher Patienten, kräftige junge Männer, wurden nach ihrer Behandlung der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgestellt. Als sie, nach mehrjährigem Leiden, in Behandlung getreten waren, hatten sich die Haare stark gelichtet gezeigt, namentlich in der Stirn- und Scheitelgegend, brüchig, ohne Glanz, mit zahllosen feinen Schüppchen bedeckt. Auf jeden Fingergriff konnten mindestens 6 bis 7 Haare ohne Gewalt und ohne Hervorrufen einer Empfindung herausgezogen werden, und beim Durchstreichen mit dem Kamm blieben jedesmal Dutzende von Haaren in demselben haften. Die Kopfhaut selbst zeigte sich bis auf vereinzelte Kratzspuren, die von geringem Juckreiz zeugten, normal. Nun wurden die Haarabfälle jedes dieser beiden Patienten im Verlaufe einer Woche gesammelt und mit etwas Vaselin oder indifferentem Oel in den Pelz von Kaninchen, Meerschweinchen oder weissen Mäusen eingerieben. Gleichzeitig wurden des Vergleichs halber andere solche Thiere mit denselben Mengen Vaselin oder Oel ohne Zusatz der Haarabfälle behandelt. Während nun die Controllthiere vollständig blieben, wie sie gewesen, wurden die übrigen im Verlaufe von 2 bis 3 Wochen von fleckenreicher, ohne weiteres Zuthun in der Peripherie um sich greifender Kahlheit befallen. Dabei zeigte sich, ebenso wie beim Menschen, aber hochgradiger, eine Schuppung, die gleichfalls im Umkreise der behafteten Stellen am

lebhaftesten auftrat. Bei weiteren Uebertragungen von den erkrankten Thieren auf andere war das Resultat dasselbe, nur dass der Haarausfall noch rascher vor sich ging, als bei der Uebertragung vom Menschen zum Thiere. Bei der Behandlung seiner Patienten ging Lassar von der Voraussetzung aus, dass die Ursache der zunehmenden Kahlheit nicht Unzulänglichkeit im Nachwuchs, sondern überreichlicher Ausfall von Haaren sei. Die Therapie müsse daher darauf gerichtet sein, den letzteren zu hemmen. An allen seinen Patienten gelang es ihm, mit den gesammelten Haarabfällen experimentelle Kahlheit hervorzurufen und gleichzeitig dem Fortschreiten Einhalt zu thun. Die Behandlung ist folgende: die Kopfhaut wird täglich mit Theerseife oder flüssiger Glycerin-Kaliseife, auch mit Krankenheiler Jodsodasalz überaus reichlich eingeschäumt und etwa 15 Minuten lang unter kräftigem Reiben geseift. Alsdann erfolgt Uebergiessung mit warmem, allmählich abzukühlendem Wasser und hierauf ausgiebige Waschung mit Sublimat (2 p. M.). Hierauf wird getrocknet und der Haarboden mit einer halbprocentigen spirituösen Naphtollösung eingerieben. Zuletzt wird eine reichliche Uebergiessung mit 0·25 Gramm $1^1/_2$—2percentigen Carbol- oder Salicylöls vorgenommen. — Diese Behandlung muss durch längere Zeit energisch durchgeführt werden, am besten durch einen Heilgehilfen. Im Allgemeinen scheint eine Dauer von acht Wochen zu genügen; vortheilhaft würde es jedenfalls sein, nach längerer Zeit darauf ein- bis zweimal wöchentlich die Procedur wiederholen zu lassen. — Lassar warnt vor dem Gebrauche fremder Kämme und Bürsten, wie sie in den Friseurgeschäften üblich sind; ebenso vor dem Verarbeiten und Tragen von Zöpfen und Perrücken aus Haaren, die in Folge von Alop. praem. furf. ausgefallen sind. Caspary.

Nach einigen theoretischen Bemerkungen, in welchen Uchermann (42) sich auf die Seite derjenigen Autoren stellt, welche die Alopecia areata als eine Tropho-Neurose betrachten, theilt er folgenden Fall mit: Ein 9jähriger, stark gebauter, gesunder Knabe wurde vor 2 Jahren am linken oberen Theil des Os occipitis von einem Stein getroffen. An der getroffenen Stelle bildete sich eine kinderfaustgrosse, gespannte, blaurothe Geschwulst, die nach einem Monat ohne Behandlung schwand. Gleichzeitig fielen die Haare über der Geschwulst aus, was ja auf rein mechanischen Momenten beruhen konnte. Mittlerweile verbreitete

sich der Fleck mehr und mehr in der Peripherie und nach einem Jahre hatte der Knabe alle Kopfhaare verloren. Die Kopfhaut war vollständig, normal; weder Jucken noch Schmerzen, Sensibilitätsstörung oder Irritationssymptome waren vorhanden. Die Glatze des Knaben war glatt und weiss wie eine Billardkugel; selbst mit der Lupe konnten am ganzen Kopfe nur ein paar Lanugohaare entdeckt werden. Pat. hat verschiedene irritirende und antiparasitäre Mittel ohne Nutzen angewendet. Elektricität wurde angerathen, das Resultat kennt der Verf. nicht. Boeck.

Abnorme Pigmentirungen der Haut können nach Bergh (43), wenn auch selten, ganz unabhängig von den localen oder allgemeinen Bedingungen, welche die gewöhnlichen Veranlassungen zur Pigmententwicklung sind, auftreten. Sie entstehen scheinbar ganz ohne Ursache, sind aber vielleicht doch auch von hämatogener Natur. Verf. theilt zwei Fälle mit:

I. Ein Kaufmann, der gegen Eczem Arsenik gebraucht hatte, zeigte nachher eine Affection, die noch jetzt nach anderthalb Jahren besteht. Auf der rechten Seite des Halses, der linken Wange, Rücken und Brust ist die Haut in unregelmässig gestalteten, scharf contourirten bis handtellergrossen Flecken braungelb gefärbt, übrigens normal, die Haare sind unverändert und ausser der Pigmentirung bestehen keinerlei Symptome. Der Arsenik kann als Ursache nicht angenommen werden, weil derselbe nur in kleinen Gaben gegeben wurde, und die Affection auch gar nicht dem nach Arsenik wahrgenommenen Hautleiden entspricht.

II. Ein ziemlich herabgekommenes weibliches Individuum von mittlerem Alter wurde März 1883 im Allgem. Krankenhause aufgenommen. Keine Lues, keine besonderen anamnestischen Haltpunkte, nur hatte sie viel von Läusen gelitten und unter schlechten Verhältnissen gelebt. Die Haut zeigte auf Hals, Rumpf, Oberextremitäten bis zum Ellbogen, und sehr stark auf den Unterextremitäten zahlreiche runde und unregelmässige am Rande verwischte, hell kaffeebraune, seltener etwas dunklere Flecke, im Durchmesser 2—3 bis 17 und gar 22 Millimeter. Die Haare waren spärlich, sonst normal, auch die Nägel, das Hautsystem im ganzen, die Pigmentirung abgerechnet, normal, Tastsinn ebenso, kein Jucken; auf der Epidermis kein Zeichen von Mykose. Pat. wurde mit Sodabädern behandelt, aber ohne Erfolg.

Csokor (44), welcher in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen Geber's und Caspary's über Molluscum contagiosum, auch bei der sogenannten Geflügelpocke das Rete Malpighii als Ausgangsstätte der Wucherungsvorgänge betrachtet, kommt auf Grundlage von mikroskopischen Untersuchungen, Impf- und Züchtungsversuchen zu folgenden Resultaten:

1. Eine Pockenseuche des Geflügels gibt es nicht, alle diesbezüglich beobachteten und beschriebenen Fälle stimmen nur mit einer Geschwulst contagiöser Natur, welche beim Menschen als Molluscum contagiosum bekannt ist, überein.

2. Die beim Geflügel vorkommende Krankheit ist mit dem Namen Epithelioma contagiosum zutreffend bezeichnet.

3. Die Seuche ist wirklich contagiös und mit dem Molluscum contagiosum des Menschen identisch.

4. Der contagiöse Stoff liegt in den Molluscumkörperchen, da Impfversuche aus dem gezüchteten Materiale von positivem Erfolge waren.

5. Ob jedoch die Molluscumkörperchen wirklich selbstständige Organismen sind und als Gregarinen mit Böllinger aufgefasst werden können, lässt sich nicht entscheiden und muss weiteren Forschungen und Beobachtungen anheimgestellt werden. Jedenfalls sprechen sehr viele Erscheinungen und Vorgänge am Molluscumkörperchen für deren Gregarinennatur.

6. Angenommen, es wären die Molluscumkörperchen wirklich Gregarinen, so kann dennoch nicht mit Bestimmtheit ausgesagt werden, dass sie den Process veranlassen, denn Gregarinen kommen unter normalen Verhältnissen und bei gesunden Vögeln vor. Unter pathologischen Verhältnissen können sie sich allerdings vermehren und dann pathogen wirken.

7. Das Mortalitäts-Percent hängt nicht von den Eruptionen als solchen, wohl aber von dem Standorte derselben ab. Treten in der Schleimhaut der Maul- und der Rachenhöhle Molluscumgeschwülste auf, so geht fast jedes Thier an Erstickung zu Grunde, indem die Produkte der Demarcationsentzündung (Croup-Membranen) die Luftwege verlegen. Jarisch.

## Chorioblastosen und Dermatomykosen.

45. **Grefberg.** Lupus essentialis tuberculosus. (Helsingfors 1883.)

46. **Obertüschen.** Ein Fall von Lupus des Larynx. (Centralbl. f. klin. Med. Nr. 38, 1883.)

47. **Leloir.** Untersuchungen über Inoculation des Lupus. (Comptes rendus hebd. de la Soc. de Biologie, Jänner 1883.)

48. **Cornil** und **Leloir.** Experimentelle und histologische Untersuchungen über das Wesen des Lupus. (Comptes rendus de la Soc. de Biologie, August 1883.)

49. **Doutrelepont.** Tuberkelbacillen im Lupus. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Nr. 6, 1883.)

50. **Pagenstecher** und **Pfeiffer.** Lupus oder Tuberculose. (Berl. klin. Woch. Nr. 19, 1883.)

51. **Pfeiffer.** Tuberkelbacillen in der lupös erkrankten Conjunctiva. (Berl. klin. Woch. Nr. 28, 1883.)

52. **Hahn.** Ueber die Behandlung von Lupus mit Hauttransplantationen. (Ctlbl. f. Chir. Nr. 15, 1883.)

53. **Besnier.** Der Lupus und seine Behandlung. (Ann. de Dermat. et de Syphiligraphie Nr. 7 und 8, 1883.)

Nach einer ausführlichen geschichtlichen Darstellung der pathologischen Geschichte des Lupus essentialis gibt Grefberg (**45**) seine Resultate, nach welchen Lupus bei Männern und Weibern mit derselben Häufigkeit vorkommt, aber mehr Leute vom finnischen als vom schwedischen Volksstamme angreift. Gewöhnlich zeigten die Kranken keinerlei constitutionelle Anomalien, und Verf. glaubt deshalb, dass die Scrofulose als ätiologisches Moment keine besondere Bedeutung hat. Seine mikroskopischen Untersuchungen gaben ihm die folgenden Resultate:

1. Die lupöse Zellenneubildung geht von den fixen Bindegewebskörperchen in den Wänden der Blutgefässe und im netzförmigen Bindegewebe aus.

2. Die Zellen sind mit den weissen Blutkörperchen oder mit lymphoiden Zellenelementen überhaupt nicht identisch.

3. Die Lupusherde sind von Blutgefässen durchzogen, welche sogar noch in den secundären Lupusherden vorhanden sind.

4. Der Process geht weder von der Epidermis noch von den Drüsen aus, sondern diese werden secundär von der vom Corium aus vordringenden Neubildung angegriffen.

5. Erst wenn der Process bis zum Rete vorgedrungen ist, beginnt das äusserste Zellenlager der Epidermis sich abzustossen.

6. Die Riesenzellen sind nicht selbstständige Zellen, sondern nur der Ausdruck retrograder Metamorphose von Knoten.

Obertüschen berichtet (46) folgenden Fall von Lupus des Kehlkopfes. Eine 90 Jahre alte Seidenweberin klagte seit einem halben Jahre über Heiserkeit, Kurzathmigkeit, trockenen Husten und stechende Schmerzen beim Schlingen. Ausser den erwähnten keine weiteren krankhaften Symptome, speciell keine Ausschläge weder im Gesicht, noch am übrigen Körper. Die Untersuchung des Rachens ergibt keinerlei Abnormitäten; bei der laryngoskopischen Untersuchung fällt zunächst die Epiglottis auf, welche in toto bedeutend verdickt und deren freier Rand fast in seiner ganzen Ausdehnung defect und ulcerirt ist. Die Ulceration ist namentlich in der Mitte tiefgreifend, so dass die Epiglottis durch den hiermit etablirten Substanzverlust an dieser Stelle eine bedeutende Einkerbung zeigt. Auf dem Grunde der ulcerirten Partien und in ihrer nächsten Umgebung befinden sich zahlreiche Wucherungen in Form von grösseren und kleineren Granulationsknötchen; an drei Stellen der Ulcerationsfläche sind jedoch kleine, etwa erbsengrosse vernarbte Stellen deutlich zu bemerken. Von den Stimmbändern ist nichts zu sehen, der übrige Kehlkopf zeigt ausser der dunkel gerötheten Schleimhaut nur an der hinteren oberen Wand einzelne verstreute, theilweise exulcerirte, kleinere Wucherungen. Der Husten ist kurz, scharf und ohne Auswurf. Pat. ist intensiv heiser und spricht nur flüsternd. Druck auf den Kehlkopf ruft nur geringen Schmerz hervor. Die Untersuchung der Lunge ergibt keinerlei Abnormität, für Syphilis findet sich weder aus der Anamnese, noch aus der objectiven Untersuchung irgend ein Anhaltspunkt.

Auf sofort eingeleitete Behandlung mittelst Cauterisation der lupösen Wucherungen mit der galvanocaustischen Schlinge — nebstbei Jodkali innerlich — war gegen Ende Februar 1882 die ganze ulcerirte Partie der Epiglottis vollständig verheilt. Die Schlingbeschwerden waren vollständig gehoben, Husten nicht mehr vorhanden, Heiserkeit und Dyspnoë, letztere namentlich schon bei geringer körperlicher Anstrengung, dagegen unverändert. Bis zum Juni 1882 hat sich der Befund im Larynx nicht verändert. Die Pat. kam im Jänner 1883 wieder mit einem seit mehreren Monaten bestehenden Lupus der

Nase, der sich an beiden Nasenflügeln und der Nasenspitze bis hinauf zum knöchernen Theile der Nase erstreckte, an den Nasenrändern schon zu flachen Substanzverlusten geführt hatte und sich auch in das Innere der Nase an die Nasenscheidewand und auf die Oberlippe auszubreiten anschickte. Es war eine Mischform von hypertrophischem und ulcerirendem Lupus, stark absondernd und an keiner Stelle Tendenz zum Vernarben zeigend. Unter Behandlung mit Galvanocaustik und Jodoform gelangte der Lupus in toto zur Vernarbung.

Um die sich widersprechenden Ansichten über das Wesen des Lupus, welchen eine grosse Anzahl hervorragender Forscher für eine locale Tuberculose hält, zu einer definitiven Lösung zu bringen, hat Leloir (47) den Weg des Experimentes betreten. Mit allen nöthigen Vorsichtsmassregeln hat derselbe 15 Meerschweinchen bohnengrosse Stückchen von lupöser Haut in die Peritonealhöhle inoculirt. Seine Resultate sind jedoch durchwegs negativ gewesen. Schiff.

Cornil und Leloir (48) haben mit Zugrundelegung folgender drei Fragen ihre Arbeiten über Lupus gemacht:

1. Bietet der inoculirte Lupus den Charakter des Tuberculoms, d. h. hat er die Eigenschaft, sich zu reproduciren und die allgemeine Infection herbeizuführen?

2. Findet man im Gewebe des Lupus die Koch'schen Tuberkel-Bacillen?

3. Wenn dieser Bacillus existirt, lässt er sich züchten und reproducirt er durch Impfung den Tuberkel?

Die zweite Frage müsse wohl verneint werden, da bis jetzt den Verf. nur in einem Falle der Nachweis von Tuberkel-Bacillen im Lupusgewebe gelungen sei, und zwar fanden dieselben nur einen (!) Bacillus an 12 Schnitten. Ueberdies war es ein tuberculöser Kranker, somit entfalle die Beantwortung der Existenzfrage. Die Impfversuche ergaben keine constanten Resultate, doch wurde immerhin eine Anzahl Thiere tuberculös, denen Lupusstückchen intraperitoneal inoculirt wurden. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Schiff.

Nach Doutrelepont ist (49) die Frage, ob der Lupus tuberculöser Natur sei oder nicht, noch nicht entschieden. Während Friedländer nach seinen histologischen Untersuchungen die Lupusknötchen für Tuberkel hält, eine Ansicht, welcher andere Forscher zustimmen,

widerstreiten andere. Auch sind die bis jetzt vorliegenden Impfversuche von Lupusgewebsmassen (Cohnheim, Schüller, Hueter, zuletzt Leloir) noch nicht ganz entscheidend für die Frage. (Ref. erinnert, dass er schon im Jahre 1863 zahlreiche Impfversuche ebenfalls mit negativem Erfolg angestellt hat, welche in seiner Arbeit über die Zelleninfiltrationen bei Lupus, Syphilis und Scrofulose in den Wiener med. Jahrb. beschrieben sind. A.) Seit der Entdeckung der Bacillen als inficirendes Agens der Tuberculose durch Koch lag zur Beantwortung der strittigen Frage die Untersuchung des Lupus auf das Vorhandensein der Bacillen sehr nahe. Ein Fall von Lupus des Gesichts und der Extremitäten, welchen D. im Jahre 1880 beobachtete, legte die Frage noch näher, da das sonst kräftige Mädchen plötzlich an Meningitis basilaris tuberculosa erkrankte und nach acht Tagen starb. Die Section ergab nur den Lupus als inficirenden Herd.

Seit einiger Zeit hat Verf. die in der Klinik für Hautkrankheiten behandelten Fälle von Lupus auf die Gegenwart der Bacillen geprüft. Inzwischen hat R. Demme (Berl. klin. Wochenschr. 1883, Nr. 15) mitgetheilt, dass er in drei Fällen von Lupus in den Knötchen die Bacillen in sehr mässiger Zahl, theilweise in Riesenzellen eingebettet vorgefunden habe.

Im Anfange entfernte D. mit dem scharfen Löffel kleine Lupusknötchen, zerdrückte dieselben zwischen Deckgläschen, machte Trockenpräparate und färbte dieselben nach der Ehrlich'schen Methode. Das Resultat dieser Untersuchungen befriedigte ihn nicht, hier und da entdeckte er wohl einzelne Bacillen, welche die bekannte Farbereaction zeigten, es war ihm jedoch nicht beweisend genug. Verf. exstirpirte nun Stücke aus dem Lupus, härtete sie in absolutem Alkohol und machte feine Schnitte mit dem Mikrotom durch die Lupusknoten. Diese Schnitte wurden genau nach den Koch'schen Vorschriften gefärbt und zuletzt in Canadabalsam untersucht.

Nach dieser Methode hat D. bis jetzt 7 Fälle von Lupus mit positivem Resultate untersucht. In 5 Fällen war das Gesicht befallen, in einem Falle stammt das Präparat vom Beine eines Patienten und das 7. Präparat von der Schleimhaut des Nasenflügels. Die untersuchten Stücke waren nicht exulcerirt.

Die Zahl der Bacillen war in den verschiedenen Fällen sehr verschieden. Am zahlreichsten fanden sich die Bacillen in einem Falle von Lupus der rechten Backe bei einem kräftigen Mädchen, welches

in seiner Kindheit infolge Verbrennung eine oberflächliche Narbe davongetragen hatte. In dieser Narbe war der Lupus entstanden. Die Untersuchung des Lupusgewebes ergab sehr zahlreiche Riesenzellen. Von dem durch Exstirpation erhaltenen Präparat wurden sehr viele Schnitte gemacht; in allen ohne Ausnahme liessen sich die Bacillen zahlreich nachweisen. In den anderen Fällen waren sie nicht in so grosser Zahl zu sehen. Am wenigsten fand Verf. sie in einem Falle von umschriebenem Lupus der Backe, der früher ausgekratzt und vernarbt war. Ein beginnendes Recidiv veranlasste ihn die ganze zweimarkgrosse erkrankte Hautstelle zu exstirpiren, in den hiervon erhaltenen Schnitten waren die Bacillen nur hier und da zu 3—4 zusammen aufzufinden. Auch in den anderen Fällen musste man oft lange suchen, bis man die Stelle fand, wo die kleinen Stäbchen in Gruppen sassen. Die letzteren Fälle waren auch schon länger in Behandlung, waren ausgekratzt oder lange mit Emplastrum Hydrargyri behandelt worden, und zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung nur wenig Riesenzellen.

Die Bacillen fanden sich meist intercellulär, aber auch in den Lupuszellen selbst eingebettet: sie waren zerstreut zwischen den Zellen oder kamen in Gruppen von 10—12 zusammen vor. In den Riesenzellen selbst hat Verf. sie nicht entdecken können, aber wohl um die Riesenzellen herum ziemlich zahlreich vorgefunden.

In einem Falle von Lupus der Unterlippe, wo die Lupuswucherung bis zwischen die Muskeln reichte, fanden sich die Bacillen auch zwischen den letzteren, und in dem oben erwähnten Falle von Lupus der Backe, wo die Knötchen bis zur Epidermis vorgewachsen, auch in der Tiefe des Rete Malpighii zwischen den Zellen. Bei den Präparaten aus der Schleimhaut des Nasenflügels lagen neben in sehr mässiger Zahl vorhandenen blauen Tuberkelbacillen Bacillen anderer Art, welche vom Vesuvin überfärbt worden; diese waren sehr zahlreich und zum Theil in Epithelzellen selbst eingebettet.

Züchtungen der Lupusbacillen und Ueberimpfungen der gezüchteten Bacillen werden schliesslich angekündigt.

Pagenstecher und Pfeiffer geben (**50**) eine vorläufige Mittheilung über positive Impferfolge nach Einführung von Secret aus dem Conjunctivalsack von 4 an Lupus Conjunctivae leidenden Kranken in die vordere Augenkammer von Kaninchen. In den fünf bis sechs Wochen nach der Impfung sich entwickelnden Irisknötchen fanden

sie bei Behandlung von Schnitten nach Ehrlich'scher Methode Bacillen, die in Gestalt, Grösse und Farbenreaction vollkommen identisch waren mit den Tuberkel-Bacillen. Sie schliessen daraus, dass in der That, wie vor Allen Friedländer behauptet hat, der Lupus als eine localisirte Tuberculose aufzufassen sei.

Als Nachtrag zu obigem Artikel: „Lupus oder Tuberculose" theilt Pfeiffer (**51**) mit, dass er der Conjunctiva des 11jährigen Patienten, der seit fünf Jahren an Lupus derselben litt, noch einige Granulationen entnommen und in diesen (unter acht Präparaten an zweien) die früher vermissten Tuberkel-Bacillen gefunden habe. Damit hält er die Beweiskette für die tuberculöse Natur des Lupus geschlossen. Caspary.

Hahn behandelte (**52**) eine Frau mit Lupus nasi und humeri, bei welcher schon vielfach Auskratzungen, Stichelungen und verschiedene Aetzmittel erfolglos angewendet worden waren, in der Art, dass er zunächst die erkrankte Hautpartie am Oberarm auskratzte und dann auf die frische Wunde gleich nach der Auskratzung gesunde Haut transplantirte. Der Erfolg und der weitere Verlauf war in jeder Beziehung ein so befriedigender, dass er in der Folge noch fünfmal immer mit demselben guten Ausgang diese Methode anwendete.

Die Pat. werden chloroformirt, und nun die vom Lupus ergriffene Hautpartie desinficirt und gründlich mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

Die Blutung wird durch Aufdrücken von Carbol-, Sublimat- oder 1%iger Bismuthum-subnitricum-Gaze gestillt, was oft erst nach mehreren Stunden gelingt. Nach Stillung der Blutung wird die Transplantation aus der gesunden Haut in der Art vorgenommen, dass die ganze Wunde mit etwa $^1/_2$ Ctm. langen und $^1/_4$ Ctm. breiten Hautstückchen, die nur aus Cutis und Epidermis bestehen, vollkommen bepflastert ist. Darüber wird Jodoform gepulvert, etwas Jodoformgaze und -Watte gelegt, und dieser Verband durch eine Binde befestigt. Nach 5—8 Tagen muss der Verband gewechselt werden, und ist dann meist eine völlige Anheilung der transplantirten Hautstückchen erfolgt.

Noch nach einem Jahre konnte Verf. in seinem ersten Falle vollkommene Heilung constatiren, ohne jede Spur eines Recidives an den überpflanzten Hautstückchen. Der Vortheil dieser Behandlung besteht

in der schnellen Verheilung und in der sehr geringen Entstellung, welche danach zurückbleibt, was namentlich bei Lupus des Gesichtes sehr ins Gewicht fallen muss.

Noch kürzlich behandelte Verf. eine Frau mit Lupus nasi, bei welcher nach der Auskratzung zehn $^1/_2$ Ctm. grosse Hautstückchen eingepflanzt wurden. Schon nach kurzer Zeit war Anheilung sämmtlicher transplantirter Hautstückchen mit Ueberhäutung der Nase erfolgt, und zwar mit kaum sichtbarem Unterschiede von der angrenzenden normalen Haut.

Besnier (**53**) spricht sich in einer Arbeit nachdrücklich dafür aus, dass der Lupus als eine locale Tuberculose aufzufassen sei. Nach ausführlicher Aufzählung all der vielen Behandlungsmethoden dieser Affection kommt er zu dem Schlusse, dass die galvanocaustische Zerstörung, welche schon im Jahre 1861 zuerst von Hebra angegeben, seitdem aber wieder verlassen worden sei, doch als das beste Heilmittel gepriesen werden müsse. B. hat in den letzten Jahren fast ausschliesslich seine Lupuskranken in dieser Weise behandelt und ist von seinen Resultaten geradezu begeistert. Er verwendet den Thermocauter in Form einer einfachen Nadel, eines mehrfach gezackten sägeartigen gedrehten Drahtes oder in Form eines Messerchens mit einer oder mehreren Schneiden oder endlich in Form eines Knöpfchens. Von allen diesen Formen finden sich in der Arbeit exacte Abbildungen. Schiff.


**54. Damsch.** Uebertragungsversuche von Lepra auf Thiere. (Virchow's Arch. Bd. 92, Heft 1. 1883.)

**55. Campana.** Beobachtungen über locale Behandlung der Lepra. (Memoiren der kgl. Academie dei Lincei in Rom, Jahrg. 280. Band 15, Sitz. v. 17. Juni 1883.)

**56. Köbner.** Multiple Neurome im Bereiche des Plexus brachialis sinister, cavernöse Angiome, Lymphangiome und Neurofibrome der linken oberen Extremität. (Virchow's Archiv. Bd. 93, Heft 2. 1883.)

**57. Poensgen.** Mittheilung eines seltenen Falles von Xanthelasma multiplex. (Virchow's Arch. Bd. 91, Heft 2. 1883.)

**58. Lewinsky.** Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt. (Virchow's Archiv. Bd. 91, Heft 2. 1883.)

59. **Rabitsch.** Salicylsäure gegen Herpes tonsurans. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 14, 1882.)
60. **Doutrelepont.** Fall von parasitärer Sykosis. (Monatsh. für prakt. Derm. Nr. 4, 1883.)

Damsch beobachtete (**54**) auf der medicinischen Klinik zu Göttingen einen typischen Fall von maculo-nodöser Lepra an einem 34jährigen Manne, der in jungen Jahren aus Norddeutschland nach den Sunda-Inseln ausgewandert, dort unter sehr ungünstigen Verhältnissen gelebt und schwer gearbeitet hatte. Im Alter von 31 Jahren erkrankte Patient an den ersten Flecken, die schnell an Zahl und Ausdehnung zunahmen, bald mit Anästhesien, Knoten, Pemphigusblasen u. s. w. sich verbanden. In der Klinik wurden noch Ulcerationen auf der Nasenschleimhaut, sowie mehrfache Netzhautblutungen, vor Allem wiederholte Anfälle von Haemoglobinurie beobachtet, die jedesmal längeren Entblössungen des Körpers (zu Untersuchungszwecken) folgten. Dass das Correctionsvermögen der im weitesten Umfange erkrankten Haut gegen Temperatureinflüsse sich so beeinträchtigt zeigte, fand seine Erklärung in der mikroskopischen Untersuchung excidirter kranker Hautstücke. Kleinere wie grössere Gefässe, die in die lepröse Neubildung eingeschlossen waren, sah man meist in ihren Wandungen durchsetzt von bacillenhaltigen Zellen. Dieselben lagen theils vereinzelt in der Muscularis und Intima, theils gruppenweise beisammen und bildeten Nester von der Grösse kleinster Tuberkel; einzelne dieser Zellen, sowie freie Bacillen drangen bis an das Gefässendothel vor, von wo sie offenbar gelegentlich leicht in die Blutbahn gelangen konnten. (Bekanntlich hat Köbner Bacillen sowohl in den weissen Blutkörperchen, als frei im Blutserum eines Leprakranken nachgewiesen.) Vorwiegend scheint aber bei der Lepra, wie bei der Tuberculose die Weiterverbreitung in der Continuität der Lymphgefässe vermittelt zu werden, wofür die Vorliebe der leprösen Processe für das Fortkriechen in der Adventitia der Blutgefässe, sowie die constante Betheiligung der Lymphdrüsen spricht. — Verf. hat nun Uebertragungsversuche einmal durch Injection von Flüssigkeiten, die zum Theil sicher, zum Theil wahrscheinlich Bacillen enthielten (Blut aus Neubildungsstellen, Gewebssaft aus zerzupften Geschwulststückchen, hämoglobinhaltigen Urin mit Zellen, die den „braunen Elementen“ ähneln) vorgenommen, alle ohne beweisende Resultate. Da Culturen des Lepra-

pilzes nicht glückten, so wurden Implantationen leprösen Gewebes gemacht; und von diesen sind nun vier (zwei in die vordere Augenkammer von Kaninchen; eine unter die Rückenhaut einer Katze, eine in die Bauchhöhle einer Katze) als anscheinend gelungen beschrieben. Bei den beiden Kaninchen fanden sich Iris und Corpus ciliare von dichten Zügen grosser bacillenhaltiger Zellen durchsetzt; Niederschläge auf der Descemet'schen Membran und der vorderen Linsenkapsel bestanden fast ausschliesslich aus gefüllten Zellen; ebenso fanden sich charakteristische Pilze in kleinen Neubildungen, die in der Umgebung der implantirten Stücke entstanden waren. In gleicher Weise zeigten Neubildungen um die leprösen Stücke beider Katzen Bacillen. Ueberall erschien dem Verf. der Reichthum an Bacillen so gross, dass nach ihm nothwendig eine Vermehrung der eingeführten Pilzmengen stattgefunden haben musste, um so mehr, als der implantirte Tumor seinen Reichthum an Bacillen bewahrt hatte. Ob die Invasion durch Aufnahme in Wanderzellen erfolgte, ob die Bacillen frei mit dem Säftestrom in das benachbarte Gewebe transportirt worden, lässt Verf. unentschieden. Er erschliesst aus seinen Versuchen eine weitere Stütze für die Annahme, dass der Bacillus leprae das ätiologische Moment der leprösen Neubildung ist; der exacte Beweis des Zusammenhangs stehe freilich aus, bis Reinculturen des Pilzes mit Erfolg verimpft sein werden. Caspary.

Campana (**55**) hat zweierlei Behandlungsmethoden der Leproknoten in Anwendung gezogen. Zunächst applicirte er das Chrysarobin in Salbenform. Nach wenigen Tagen schon nahm das Infiltrat ab, es zeigte sich das sogenannte Chrysophan-Erythem und nach kurzer Zeit war die lepröse Eruption geschwunden.

Auch mit einer 1percentigen Lösung von Argent. nitr., welches Verf. mittelst einer von ihm angegebenen Pravaz'schen Spritze à double courant tropfenweise in die einzelnen Knoten injicirte, sind erfreuliche Resultate erzielt worden. Schiff.

Köbner beschreibt (**56**) eine seltene Combination von Geschwülsten, die auf Bildungsanomalien an den Nerven des Plexus brachialis sinister in seiner gesammten, auch thoracischen Ausbreitung und an den Gefässen der linken oberen Extremität beruhten: Multiple Neurome, cavernöse Angiome, Lymphangiome und neuromatöse Fi-

brome der Haut und des Unterhautgewebes. Die Details müssen in dem reichhaltigen Original nachgesehen werden. Nur ein Tumor — am Vorderarm — ist bei der Geburt als blaue Beere sichtbar gewesen, alle anderen sollen binnen 5 Monaten nach der Geburt bemerkt und allmählich gewachsen sein. K. fand bei den linksseitigen Art. axillaris, brachialis, radialis geringeren Umfang und schwächere Welle als auf der gesunden Seite. Spontane Schmerzen existirten nicht, aber ausserordentlich starke bei Druck auf alle Neuromknoten; der darum bevorzugten Inactivität der kranken Extremität schreibt K. einen hervorragenden Antheil an dem Schwunde der Muskeln und zum Theile dem geringeren Dickenwachsthum einiger Knochen dieser Seite zu. Für das Zurückbleiben der Knochen im Längenwachsthum, das ziffermässig veranschaulicht wird, hält K. besonders die zahlreichen Bildungsanomalien an den Nerven und die schwächere Entwicklung der Arterien dieser Seite verantwortlich. Die Haut der Streckseite des linken Vorderarmes und des äusseren Drittels der linken Hand ist stärker behaart, als rechts (bei gleichem Haarwuchs an beiden Achseln); die Nägel sind meist normal gewachsen, die linke Hand und Achsel viel leichter und reichlicher schwitzend als die rechte, um ungefähr 1° C. wärmer. Caspary.

Poensgen (57) beobachtete in der Heidelberger chirurgischen Klinik multiple Xanthelasmen an einem 12jährigen Knaben. Der kräftige und sich gesund fühlende Patient litt an Stenose des Ostiums der Aorta und Hypertrophie des linken Ventrikels, war sonst ohne Krankheitszeichen, war nicht ikterisch und war es nie gewesen. Ueber beiden Ellbogen befanden sich subcutane halbkugelige Geschwülste von etwa 10 Ctm. Länge und eben solcher Breite, die in ihrem klinischen Verhalten als Fibrome imponirten. Vier Jahre vorher als weiche Knötchen entstanden, hatten sie sich allmählich ausgedehnt, verhärtet und waren nun seit $1^1/_2$ Jahren stationär geblieben. Zwei ähnlich grosse Tumoren in dem subcutanen Gewebe über der Patella, später entwickelt als jene, hatten ebenfalls nach mehrjährigem Wachsthum aufgehört, sich weiter zu entwickeln. Die Haut über den Geschwülsten des Ellbogens wie den Knien war von mattgelben Flecken durchsetzt, die schwach prominirten, an einigen Stellen zusammenflossen und etwas festere Consistenz aufwiesen. An vielen Fingergelenken, Metacarpen, an einzelnen Fingerstrecksehnen fanden

sich höchstens erbsengrosse, rundliche, wenig verschiebliche Auflagerungen fester Consistenz; die beiden Achillessehnen trugen dicht über ihrer Insertion haselnussgrosse Knoten. Es bestand eine Reihe von Exostosen, die umfangreichste von Erbsengrösse an der Spina tibiae. Ferner eine Zahl warzenähnlicher Knötchen, von ockergelber Farbe und glatter Oberfläche, derber Consistenz; alle an den Extremitäten (Oberarm, Knie, Kniekehle, Falten zwischen Daumen und Zeigefinger). Am Rumpfe nur ein thalergrosser, pilzförmiger Tumor unter dem linken Tuber ischii, über dem die Haut auch gelb gefärbt war. Alle Neubildungen entzündungslos, bei Druck schmerzlos, Sensibilität normal. Die Tumoren an den Ellbogen waren die frühesten von allen gewesen; die geblichen Flecken und Knötchen der Haut erst zwei Jahre darnach aufgetreten. Die einzigen, zur Zeit der Vorstellung sich noch vergrössernden Knoten waren die der Achillessehnen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nun an exstirpirten subcutanen Tumoren genau dieselben Bilder, wie an den Flecken und Knötchen der Haut, die schon klinisch als zweifellose Xanthome erkennbar waren. Beim Durchschnitte aller gleichmässige ockergelbe Färbung; diese bei allen hervorgebracht durch Fettablagerung in Zellen, die sich von Fettzellen wie Bindegewebskörperchen wohl unterscheiden liessen. Drüsen, Haarbälge, Nerven der Haut bei allen unbetheiligt; alle reich an kleinen Gefässen, an neugebildeten Bindegewebsfibrillen, an Geschwulstzellen. Letztere, wo sie weniger gedrängt von stärkeren Bindegewebszügen in grösseren Räumen liegen, sind sehr gross, reich an ziemlich grobkörnigem Protoplasma, mit grossem Kerne, von cylindrischer bis zu spindelförmiger Gestalt sich wandelnd. Die fester umschlossenen Zellen sind kleiner, im Allgemeinen rundlich; manchmal mehrere Kerne vorhanden. An beiden Gruppen sind die Kerne gewöhnlich ovalär, und an den grösseren Zellen den lymphoiden fast um das Doppelte an Grösse überlegen. Das Protoplasma färbt sich nur schwach, ist überall in der Zelle gleichmässig vertheilt; nirgend finden sich Löcher, wie sie bei Alkoholbehandlung in den Fettzellen entstehen. Die Bindegewebskörper sind im Vergleiche zu den Geschwulstzellen kleiner, gestreckter als selbst die spindelförmigen der Geschwulst, denen nie Ausläufer zukommen; ihr Kern ist länger, ihr Protoplasma feiner und nur um den Kern herum gefärbt. Die Beziehung der Gefässe zu den Neubildungen liess sich nur an Uebergangsformen des planen zum tuberösen Xanthelasma erkennen;

hier lag im Centrum der einzelnen Herde ein Gefäss, dessen Verlauf formbestimmend war. Wo grössere Haufen zusammenschmolzen, das dazwischenliegende Gewebe schwand, also bei allen grösseren Neubildungen, war der Ausgang von den Gefässen nicht mehr nachzuweisen. Verf. zweifelt nicht daran, dass alle Neubildungen seines Falles als Xanthelasmen aufzufassen seien. Er berichtet, dass schon Chambard 1879 X. planum, tuberculosum und tuberosum unterschied, zu welch letzterer Form er zwei kleine subcutane Knollen von Brust und Oberschenkel aus eigener Beobachtung rechnete; dass man seitdem diese subcutane Form noch mehrmals gesehen und dabei ein Tiefergreifen auf Periost und Sehnenscheiden constatirt hat; dass Carry 1880 zwei Fälle mitgetheilt hat, zu deren einem der vorliegende geradezu ein Pendant bildet. In Bezug auf die Pathogenese pflichtet Verf. der Meinung Waldeyer's bei. Durch die Untersuchungen von Toldt, Loewe u. A. sind besondere Fettbildungszellen neben den eigentlichen Bindegewebskörperchen im embryonalen Bindegewebe nachgewiesen worden; gekennzeichnet durch rundliche Formen, beträchtliche Grösse, kleinen Kern, Reichthum an grobgekörntem Protoplasma. Hiemit identisch sind die Waldeyer'schen Plasmazellen, die jedoch nur zum Theile in ihrem embryonalen Zustande in kleinen Haufen persistiren und von genanntem Autor im Körper der Erwachsenen an den verschiedensten Stellen, besonders in der Haut und vornehmlich der der Augenlider nachgewiesen sind. Ihre Verwandtschaft mit den Fettzellen verrathen sie in späterer Periode durch ihre Neigung, sich leicht mit Fetttröpfchen zu füllen, ohne dabei zu echten Fettzellen zu werden; und durch ihre — aus unbekannter Ursache — wiedererwachte Fähigkeit der Fettaufnahme lässt Waldeyer die Xanthome entstehen. Jedenfalls, meint Poensgen, könne es nicht Wunder nehmen, Zellen, welche sich einen embryonalen Charakter bewahrt haben, in Proliferation gerathen zu sehen, und zwar werde ihre Production um so reichlicher ausfallen, je jünger und lebensfrischer sie seien. Damit stimme, dass das Xanthelasma tuberosum sich fast immer bei jungen Individuen zeigte, und bei den ausgeprägtesten zwei Fällen (von Verf. und Carry) die jüngsten Personen betraf, an denen überhaupt Xanthelasmen beobachtet sind.

Caspary.

Lewinsky (58) untersuchte vier erbsengrosse Geschwülstchen, die aus der Scrotalhaut eines 12jährigen Knaben exstirpirt waren.

Die von normal erscheinender Epidermis bedeckten Knoten fühlten sich knochenhart an, was durch eine Anzahl kalkiger Concremente, die, aus der Schnittfläche herausgehoben, sich leicht zerbröckeln liessen, bewirkt war. Die kleinen Geschwülste sassen an der Grenze zwischen Cutis und subcutanem Gewebe; an der Stelle ihres grössten Wachsthums erschien die Lederhaut verdünnt. Nach der Entkalkung erwies die mikroskopische Untersuchung, dass es sich um Erweiterungen von Lymphcapillaren vorzugsweise an der unteren Grenze der Lederhaut handelte; dass in ihnen Gerinnsel gebildet waren, in denen Kalk abgelagert gewesen. Die einzelnen Hohlräume zeigten (entgegen der Ansicht I. Neumann's) keine eigentliche Membran, sondern erschienen geradezu wie Löcher im Bindegewebe, das hie und da eine besondere Streifung um die Lumina zeigte. An der Wand dieser Lücken fanden sich nur an ganz vereinzelten Stellen Endothelien, und zwar gerade an der Wand grösserer Lumina, während die kleinsten unbedeckt waren. Das stimmt nicht mit den Beobachtungen Wegner's, der die Discontinuität der Endothelien erst mit zunehmender Ektasie sich entwickeln sah.

Rabitsch empfiehlt (59) gegen Herpes tonsurans, Eczema marginatum und Pityriasis versicolor eine 10pc. Salicylsäurelösung in 40° Alkohol, welche mehrere Tage nacheinander mittelst eines Pinsels oder Schwämmchens aufzutragen ist. Die Epidermis geht nach einigen Tagen in Lamellen ab.

Doutrelepont beschreibt (60) folgenden Fall von parasitärer Sykosis: Bei einem 66jähr. Viehhändler bildeten sich am rechten Handgelenk, an der rechten Backe und am Kinn aus ursprünglich kreisförmig angeordneten, stark juckenden Bläschen innerhalb zweier Monate die folgenden Affectionen aus: Es finden sich über das Niveau erhabene, mehrere Centimeter im Durchmesser grosse, rundliche Geschwülste, welche mit schmutzigen Borken bedeckt sind. Nach Entfernung derselben zeigt sich die Haut siebförmig durchlöchert, mit einzelnen knötchenförmigen Pusteln besetzt; an den behaarten Stellen sind verschiedene dieser Pusteln von Haaren durchbohrt; die Haare lassen sich leicht herausziehen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der betreffenden Haare und der Epidermis von der Geschwulst am Arme zeigt sich das Trichophyton tonsurans in den verschiedensten Formen;

am häufigsten finden sich Conidienketten, welche durch ziemlich grosse, rosenkranzförmig aneinandergereihte, runde oder ovale Glieder von homogenem Inhalte gebildet sind; ferner zeigen sich auch Ketten von viereckigen Gliedern, sowie einzelne Fäden mit undeutlicher Gliederung. Die Behandlung bestand in Umschlägen mit 2% iger Carbollösung und Entfernen der Haare, die grösste Geschwulst wurde ausgelöffelt. Patient wurde wesentlich gebessert entlassen. — Bei der mikroskopischen Untersuchung der durch die Auslöffelung gewonnenen Stücke fand sich eine bis ins subcutane Gewebe reichende Entzündung mit massenhafter zelliger Infiltration der Cutis, wodurch die bei der Sycosis parasitaria im Gegensatz zu Sycosis simplex auftretenden knotigen Geschwülste erklärt werden. Bei dem Stande des Patienten liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass in Folge einer Ansteckung durch krankes Vieh sich zuerst ein Herpes vesiculosus am Arme gebildet hat, von dem aus durch Uebertragung der Pilze auf die Gesichtshaut die Sycosis parasitaria ihren Ursprung nahm.

# Syphilis.

1. **Campana.** Zur Trippertherapie. (Gaz. med. Ital. Nr. 5, 1883.)
2. **Diday.** Ueber den Tripper. Vortrag. (La Semaine médicale II. 3. Jahrg. Nr. 27, 1883.)
3. **Horteloup u. Jullien.** Ueber die Blennorrhagie und die Abweichungen des blennorrhagischen Processes. (Annal. de dermat. et de syphilogr. T. IV. Nr. 6, 1883.)
4. **Forest de Willard.** Ueber die Adhärenz und Contractur der Vorhaut, gewöhnlich congenitale Phimosis genannt. (Phil. med. Times, Juni 30, 1883.)
5. **de Saint-Germain.** Behandlung der Phimosis congenitalis durch Dilatation der Vorhaut. (Revue mensuelle des mal. de l'enfance 1883. April. — Ctlbl. f. Chir. 29, 1883.)
6. **M. Zeissl.** Ueber Behandlung der Paraphimose. (Wiener med. Blätter Nr. 28, 1883.)

Als Trippermittel wird von Campana (**1**) empfohlen:

Rp. Jodoformyli 20·0
Acid. carbol. 0·1—0·2
Glycerini puri 80·0
Aq. dest. 20·0
MDS. 1—3mal täglich einzuspritzen.

Horteloup und Jullien referiren (**3**) einen Vortrag Diday's über den Einfluss der Diathesen auf die Entwicklung des Trippers (**2**). Diday war stets für den infectiösen Charakter dieser Erkrankung eingetreten, und die modernen Forschungen auf dem Gebiete der Mikroorganismen geben ihm neue Gründe, seine bisherigen Ansichten zu stützen. Doch legt er zur Zeit noch das Hauptgewicht auf die klinischen Erfahrungen. Für den zuweilen abnormen, so häufig

chronischen Verlauf der Gonorrhöe, sowie für die Complicationen des Trippers, als da sind: Cystitis, Orchi-Epididymitis, Gelenkentzündung und Iritis, nimmt D. den Einfluss einer rheumatischen Diathese in Anspruch unter Berufung auf folgende Thatsachen: 1. Diese Complicationen treten in der Regel nicht vor dem 22. Lebensjahre auf. 2. Einmal aufgetreten zeigen sie sich bei jedem neuen Tripper. 3. Es gibt hiefür keine Prophylaxe. 4. Dieselben Complicationen treten zuweilen bei Brüdern auf. 5. Mit dem Auftreten der Complicationen vermindert sich der Ausfluss. 6. Jede dieser Störungen unterscheidet sich durch einige Merkmale von den gleichnamigen vom Tripper unabhängigen Störungen. 7. Die vom Tripper abhängigen Erkrankungen kommen nicht nur zusammen oder alternirend vor, sondern sie zeigen auch einen derartigen Wechsel von Besserung und Verschlimmerung, wie er dem acuten Gelenkrheumatismus eigen ist.

Nachdem auf diese Weise die „rheumatische Diathese“ als einzige Ursache der complicatorischen Erscheinungen des Trippers sicher gestellt ist, findet Diday in der Chronicität des Trippers einen Schutz gegen die obenbezeichneten Abweichungen.

Als Behandlung des chronischen Trippers und der Complicationen des acuten wird daher ein antirheumathisches Heilverfahren vorgeschlagen: Derivantien, das Tragen von Flanell, kalte Abreibungen, Dampfbäder, Kataplasmen und vor Allem ein wärmeres Klima.

Horteloup und Jullien stimmen mit diesen Diday'schen Anschauungen völlig überein. Nur von den Gonococcen, deren infectiösen Charakter Diday wenigstens als wahrscheinlich annimmt, wollen sie so lange nichts wissen, bis „le microbe se serait complètement mis en règle vis-à-vis du microscope et des bouillons“.

Forest de Willard perhorrescirt (4) die viel zu häufig ausgeführte Circumcision der angebornen Phimose bei kleinen Kindern, namentlich solchen unter 3 Jahren. Nach Beobachtungen an mehreren hundert Fällen empfiehlt er für die Mehrzahl der Fälle die Dilatation, falls nicht eine allzulange, hypertrophische Vorhaut oder eine zu enge resp. zu feste Vorhautöffnung vorliegt. Bis zum 3. Lebensjahre sei die Adhäsion des innern Blattes der Vorhaut an die Eichel und eine scheinbar zu enge Vorhautöffnung, Bedeckung der ganzen Eichel bis zum Unsichtbarwerden der äusseren Urethralmündung ein ganz gewöhnlicher Zustand, der im Laufe der folgenden Jahre allmählich sich bessert,

so dass bis zum 5. Jahre bereits die halbe Eichel blosgelegt werden könne und bis zum 10. Jahre meist die vollständige Bloslegung der Eichel gelinge. Erst nach dem 12. Lebensjahre seien, falls die Eichel nicht entblösst werden könne, chirurgische Eingriffe am Platze.

Die von Larghi 1856 empfohlene, von Nélaton, Denonvilliers, Léon Labbé u. A. mit Erfolg geübte, später von Verneuil wieder aufgenommene Behandlung der Phimose mittelst Dehnung wurde vor längerer Zeit auch von de St. Germain (5) versucht, indessen mit so wenig erfreulichem Resultat, dass er von weiteren Versuchen abstand. Erst ein schlecht verlaufender Fall von Phimosenschnitt (wiederholte Hämorrhagien, Diphtherie der Wunde und des Rachens, Heilung erst nach $2^1/_2$ Monaten) veranlasste ihn, wieder zu jener Methode zurückzukehren. Während er früher ein 3armiges Dilatatorium benutzt hatte, gebrauchte er jetzt ein Instrument, ganz ähnlich dem Trousseau'schen Dilatatorium à deux branches für die Tracheotomie. In 34 Fällen hat er nun die Methode mit vortrefflichem Erfolge angewendet. Anästhesiren ist kaum nöthig. In den nach vorn angezogenen Präputialsack wird der Dilatator eingeführt bis zur Corona glandis, wobei man von aussen seine richtige Lage controllirt. Durch Oeffnen der Branchen wird die Dilatation bewerkstelligt und sodann noch ein zweites Mal in einer zur ersten senkrechten Richtung wiederholt. Jetzt gleitet das Präputium leicht über die Glans zurück, und es werden etwa vorhandene Adhärenzen zwischen Glans und innerem Blatte noch getrennt. — Bestreichen der Glans mit Borvaseline, 1 Tag Bettruhe und Umschläge, eine Woche lang täglich Zurückstreichen des Präputiums und Erneuerung der Borsalbe. Bei übermässig entwickeltem Präputium bedarf es neben der Dehnung nicht etwa einer Abtragung; der Ueberschuss verschwindet im Laufe der Zeit von selbst. — Diese Behandlung eignet sich für fast alle congenitalen Phimosen, selbst bei Erwachsenen, vorausgesetzt nur, dass das Gewebe dehnbar ist; auch bei geeigneten Fällen von erworbener Phimose ist die Dehnung mit Erfolg gemacht. Die Schnittoperation ist nur für unnachgiebige, derbe Präputien zu reserviren.

M. Zeissl schlägt (6) für die Operation der Paraphimose bei harten und weichen Schankern der Vorhaut resp. der Eichel, bei der sich, wenn die Reposition nicht bald gemacht wird, an der Einschnürungsstelle parallel mit der Corona glandis ein Ulcerationsstreifen

bildet, folgende Operationsmethode vor: Ein die Haut ganz durchtrennender Schnitt wird hinter dem Ulcerationsstreifen circulär um das ganze Glied geführt. Sodann macht man ungefähr $^1/_2$ Ctm. von der Corona glandis entfernt einen zweiten, den Penis umkreisenden Schnitt, der sich an der unteren Hälfte etwas weiter von dem ersten Schnitt entfernt. Der so umschnittene Hautring wird abgetragen. Die Blutung ist unbedeutend und steht jedenfalls nach der Knopfnaht, wenn nicht Corpus cavernosum oder Art. dorsal. verletzt worden ist. In allen auf diese Weise von Z. operirten Fällen trat Heilung per primam int. ein, gleichviel ob an einem luetischen oder an einem mit einem weichen Schanker behafteten Individuum operirt worden war.

7. **R. W. Taylor.** Ueber das eigenthümliche Aussehen der syphilitischen Initialaffectionen im ersten Stadium ihrer Entwicklung. (Med. Record. Sept. 8, 1883.)
8. **Boeck.** Vier Fälle von syphilitischer Infection durch die Tonsille. (Tidsskrift for praktisk Medicin,. Nr. 13, 1883.)
9, 10, 11. **Pokrowski, Petersen** und **Feoktistow.** Zur operativen Behandlung der Bubonen. (Wratsch Nr. 25—29, 31, 35, 36, 1883.)

Taylor hatte schon in einem früheren Aufsatze in dem American Journal of Syphilography and Dermatology Juli 1871 einen Fall publicirt, in welchem als erstes Zeichen einer syphilitischen Infection ein 2—3 stecknadelkopfgrosser, silberglänzender runder Fleck sich präsentirte, der vollständig im Niveau der obersten Schichten des Epithels lag. Der Fleck sah aus, als sei er mit Höllenstein geätzt und befand sich an der rechten Lippe der Harnröhrenöffnung, wuchs langsam, nach 4 Tagen konnte eine geringe Verhärtung constatirt werden, nach einer Woche hatte sich ein erbsengrosses hartes Knötchen entwickelt; gleichzeitig schwollen die Drüsen an. Eine Woche später stiess sich von der Oberfläche das Epithel ab, so dass ein graubelegtes Geschwür entstand. Nach weiteren 6 Wochen Ausbruch der Allgemeininfection.

Nun fügt T. (7) einen zweiten Fall hinzu: Ein Mann kam am Tage nach dem verdächtigen Coitus und stellte sich T. von da an täglich vor. Am 12. Tage fand sich ein Fleck von dem oben beschriebenen Aussehen auf dem Rücken der Glans. Der Fleck wuchs lang-

sam, eine deutliche Verdickung der Schleimhaut konnte erst am 15. Tage nach dem Auftreten des Fleckes constatirt werden, an welchem Tage auch der Silberglanz der Oberfläche schwand; nach 20 Tagen war der typische Schanker entwickelt. Drüsenschwellung trat am 11. Tage auf; maculöses Syphilid am 54. Tage. Verf. erwähnt noch zwei andere Formen der syphilitischen Initialaffectionen, deren erste einen kleinen, scharfbegrenzten, runden, excoriirten Fleck, die zweite eine kleine, etwas erhabene Kugel mit trockener Oberfläche darstellt. Endlich hat er einen kleinen silberglänzenden Fleck als erstes Zeichen der Syphilis auf der Mundschleimhaut kleiner Kinder beobachten können.

Boeck (8) hält die Tonsillen für eine häufigere Localisation der primären syphilitischen Affection, als gewöhnlich angenommen wird; indem in den letzten 8 Jahren sechs solche Fälle in seiner Privatpraxis vorgekommen sind. Von diesen sechs Fällen werden bei dieser Gelegenheit vier ausführlich mitgetheilt. Der erste Fall betrifft ein 21jähriges, intactes Mädchen, der zweite einen 42jährigen verheirateten Fabriksarbeiter, der dritte eine 20jährige Dienstmagd, die durch die Kinder, die sie warten sollte, angesteckt wurde, und endlich der vierte Fall betraf einen 35jährigen Schiffsführer, der in England angesteckt worden war. Die Uebertragung ist wahrscheinlich in zwei Fällen durch Ess- und Trinkgeschirr, in einem Falle durch Küsse geschehen. Die Diagnose war besonders in den ersten Entwicklungsstadien dieser Tonsillärschanker sehr schwierig, wenn nicht ganz unmöglich aus dem blossen Aussehen des Schankermundes zu stellen, da die gewöhnlichen, specifischen Eigenthümlichkeiten der syphilitischen Initialaffection entweder gar nicht vorhanden oder sehr wenig ausgeprägt waren. Am Ende wird jedoch in den meisten Fällen die sehr hervortretende, einseitige und sehr persistente Drüsengeschwulst am Angulus maxillae den Beobachter auf die richtige Spur leiten. In dem einen Falle war das schon von Diday hervorgehobene diphtheritische Aussehen der Tonsillärschanker zu beobachten.

Boeck.

Von neueren Publicationen über die operative Behandlung der Bubonen citiren wir folgende im „Wratsch“ erschienene nach dem Centralbl. f. Chir. Nr. 46, 1883:

a) Pokrowski (9) eröffnet, sobald Fluctuation zu fühlen ist, unter antiseptischen Cautelen mit einem weiten Schnitt, der über die

Geschwulst hinausreicht, den Bubo, entleert dann die Höhle desselben mittels scharfen Löffels, des Fingers oder der Scheere und entfernt die zerfallenen Drüsen. Sind die Schnittränder wenig verändert und gelang es, eine reine Wunde zu schaffen, so wird die Wunde genäht mit oder ohne Drainirung, oder in den meisten Fällen wird die Höhle mit Jodoformmarli tamponirt. Darüber fester antiseptischer Verband. Die erzielten Resultate sind weit besser als die bei früherer Behandlung erzielten: während früher die mittlere Heilungsdauer 76 Tage (Minimum 26 — Maximum 206 Tage) betrug, ist die jetzige 38 Tage (Minimum 10 — Maximum 100 Tage). Eiterung trat bei 55 % der Fälle ein und Fieber wurde bei 70 % beobachtet. Die mit der Jodoformbehandlung erzielten Resultate sind weit besser, als die bei den übrigen Behandlungsmethoden, so dass Verf. meint, es hielte mit ersterer keine andere den Vergleich aus.

b) Ueber Petersen's Druckverband (**10**) haben wir schon früher (pag. 398 nach einer früheren Arbeit des Verf. vom Jahre 1881) berichtet.

c) Feoktistow endlich (**11**) injicirt, so lange die Haut über dem Bubo nicht geröthet ist und sich in einer Falte erheben lässt, Morgens und Abends je zwei Pravaz'sche Spritzen 5 %iger Carbollösung an 2—3 Stellen der Geschwulst in der Umgebung der Drüse. Zugleich tägliches Bestreichen mit Tinct. jodi fort., und eine dicke Gazecompresse, die in 5 %iges Carbolwasser getaucht und alle 2—3 Stunden gewechselt wird, unter starkem Druck applicirt. Wurde diese Kur zeitig begonnen, so soll es nie zur Eiterbildung kommen und die Kur soll nicht mehr als 5—6 Tage dauern. Röthet sich die Haut über dem Bubo, sofortiges Eröffnen unter streng antiseptischen Regeln. Unter localer Anästhesie wird ein Hautschnitt von 2 Ctm. Länge an der am meisten schmerzhaften Stelle gemacht, danach schichtenweise bis zur Eiterhöhle vorgegangen; Auswaschen der Höhle zunächst mit 2 %igem Carbolwasser unter gleichzeitigem Druck von aussen, bis kein Eiter mehr hervorkommt, darauf mit 10 %iger Chlorzinklösung und schliesslich unter starkem Strahl mit 5 %igem Carbolwasser; Drainage, Verband mit Lister'scher oder gewöhnlicher Gaze, die 2—3 Tage in 5 %igem Carbolwasser gelegen, darüber Carbolwerg, hygroskopische Watte, Guttaperchapapier, endlich eine Schicht feuchter, ausgedrückter Schwämme, Befestigung mit einer elastischen Binde oder, wenn nöthig, auch appretirter Gaze. Abends Verbandwechsel, Ausspritzen mit 5 %igem

Carbolwasser unter leichtem Strahl, bei Aufhören der Wundsecretion Entfernung des Drain. Die vollkommene Verheilung soll nie länger als 7—8 Tage gedauert haben, in der Regel 5 Tage. Bei länger bestehender Eiterbildung und verdünnter Haut macht F. einen oder mehrere Schnitte von 2 Ctm. Länge am Rande der Geschwulst, wäscht wie oben mit zweipercentigem Carbolwasser aus, überzeugt sich dann durch Sondenuntersuchung, ob Zerfall der Drüse vorhanden ist, und wenn dieses der Fall, so entfernt er die Drüse mittels des scharfen Löffels. Der Verband wie oben. Die Heilung soll auch hier nie länger als 8 Tage gedauert haben, nur in einem Falle mit zahlreichen Eitersenkungen 10 Tage; das Minimum der Dauer war in solchen Fällen 5 Tage. In den ersten 2 oder 3 Tagen muss der Verband 2mal täglich gewechselt werden, dabei Ausspritzen der Höhle, so lange nicht Verheilung eingetreten.


12. **Lublinski.** Ueber syphilitische Pharynxstricturen. (Berl. klin. Woch. Nr. 24, 1883.)
13. **Lublinsky.** Ueber syphilitische Stenosen des Oesophagus. (Berl. klin. Woch. Nr. 33, 34 u. 41, 1883.)
14. **Kopp.** Syphilis der Trachea und Bronchien, Pneumonia syphilitica. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXXII. Hft. 3 u. 4, 1883.)
15. **Balzer.** Miliare Aneurysmen des Herzbeutels bei einem Syphilitischen. (Arch. de physiol. Bd. VI. p. 93, 1883.)
16. **M. Zeissl.** Erkrankung des Samenstranges in Folge von Syphilis. (Wiener med. Blätter Nr. 12, 1883.)
17. **Falkson.** Zur Lehre von den luetischen Gelenkleiden. (Berl. klin. Woch. Nr. 25, 1883.)
18. **Riedel.** Casuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der tertiären Syphilis. (Berl. klin. Woch. Nr. 26, 1883.)


Lublinski (**12**) räth dringend die örtliche Behandlung syphilitischer Rachenverschwärungen an. Denselben könne, wenn die Behandlung nur eine allgemeine sei, eine arge Verengerung des Lumens folgen, und zwar sowohl nach dem Nasenrachenraum, als, was weit wichtiger, zum Glück noch seltener sei, nach dem Larynx hin. Zumeist in der Berliner medizinischen Universitätsklinik hat L. totalen Verschluss der Choanen 16mal, partielle Verwachsungen der hinteren Gaumen-

und der vorderen Rachenwand über 150mal gesehen. Bei jenen totalen Verwachsungen war das Krankheitsbild immer dasselbe: Athmen bei offenem Munde, wodurch derselbe und der Rachen trocken, die Zunge oft rissig wurde. Nach und nach gingen Geruch und Geschmack verloren, die Kranken klagten über Trockenheit in der Nase und Unmöglichkeit, sich zu schneuzen, und erhielten endlich neben dem hochgradigen nasalen Stimmklang einen stupiden Gesichtsausdruck. In 12 Fällen hat Lublinski durch folgendes Verfahren die Communication wieder hergestellt: Nachdem er mit einem Katheter in die Nase eingegangen, drückt er sich mit demselben den am stärksten gespannten Theil des Gaumenbogens, welcher sich fast immer an der Stelle der früheren Uvula oder etwas hinter derselben befindet, entgegen und schneidet mit dem Bistouri auf demselben etwa $1^1/_2$ Ctm. lang ein. Die Spalte klafft dann sofort und man hat nur durch tägliches Einführen und Liegenlassen von Bougies oder passend gekrümmten Bleidrahts für Offenbleiben derselben zu sorgen. Das ist L. — mit Ausnahme nur eines Falls — jedesmal gelungen; und das Resultat war bis auf den andauernden nasalen Timbre der Stimme durchaus gut. — Zu den selteneren, bisher 10mal beschriebenen Pharynxstricturen, durch die die Communication mit Larynx und Oesophagus beschränkt wurde, fügt L. drei eigene Fälle hinzu. Wie sonst handelte es sich auch in zweien von diesen um eine membranöse narbige Neubildung, welche sich von der Zungenbasis bis zur hinteren Rachenwand und den seitlichen Theilen des Pharynx erstreckte; beide Male lag die Communicationsöffnung ungefähr im Centrum der Membran, das eine Mal $^3/_4$ Ctm. breit und ebenso lang, das andere Mal — bei dem die Narbenmasse so straff gespannt war, dass sie die Zungenbasis nach hinten zog und dadurch ein Herausstrecken der Zunge über die untere Zahnreihe unmöglich machte — gar nur $^1/_2$ Quadratcentimeter gross. In beiden Fällen waren viele Jahre seit der Infiltration vergangen, die Patienten konnten nur noch flüssige Kost in kleinen Gaben langsam zu sich nehmen. Operirt wurde mit dem ungedeckten, geknöpften, passend gebogenen Kehlkopfmesser unter Leitung des Kehlkopfspiegels, in zwei Zeiten nach zwei verschiedenen Seiten der Strictur. Schmerz und Blutung aus der sehr resistenten, bei der Durchschneidung laut knirschenden Membran waren gering, beide Male war sofort nach der Operation die vorher bedeckte Stimme klar, der Kehlkopf erwies sich als normal.

Die Nachbehandlung bestand in Bestreichen der Wundränder mit Höllensteinlösung und, noch vor deren vollkommener Heilung, in dem Einführen dicker Bougies. Den schönen, seit Jahren andauernden Erfolg konnte L. in einem Falle der Berliner medizinischen Gesellschaft direct demonstriren, in dem anderen mittheilen. — In dem dritten Falle eines 17jährigen Mannes, bei dem die Diagnose auf hereditäre Syphilis gestellt wurde, ergab der Kehlkopfspiegel ein anderes Bild. Die Pharynxapertur war theils durch Vorsprünge und membranöse Stränge, theils durch polypöse stalaktitenartige Excrescenzen verengert, so dass dieselbe höchstens ein Lumen von $1^1/_2$ Ctm. Durchmesser hatte. Die von der hinteren Rachenwand nach der Zungenbasis hinziehenden Wulste begrenzten mit ihren aufgewulsteten Rändern diese Apertur, in der man Excrescenzen auf dem freien Rande der stark verdickten Epiglottis, wie auch auf Aryfalten und Aryknorpel wahrnehmen konnte. Eine operative Behandlung wurde von dem Kranken abgelehnt; in der That schienen unter Jodkali die Wucherungen sich zu verringern, obgleich bei späterer Narbencontractur ein operatives Verfahren wohl noch in Frage kommen wird. In allen drei Fällen waren übrigens auch starke Verengerungen der Choanen vorhanden; in einem vollständige Atresie, die operativ gehoben wurde; in den beiden anderen nur Oeffnungen von 1 und von 2 Quadratcentimeter. Caspary.

Anschliessend an wenig beachtete Angaben alter Autoren über Oesophagus-Stenosen (Astruc, Carmichael, Ruysch, Halla, Severino) und an äusserst spärliche Mittheilungen aus neuerer Zeit (zwei anatomische Befunde von Virchow, einen von Wilks, einen zweifelhaften von Klob; drei Krankengeschichten von West mit zwei Sectionsbefunden; zwei Fälle von Follin; nicht specialisirte Angaben von Robert; einen von dem Beobachter anders gedeuteten Fall von Clapton; einen von Mackenzie) theilt Lublinsky (13) zwei Fälle eigener Beobachtung mit. Der erste betraf einen Mann von 29 Jahren, der vor 10 Jahren Ulcus am Penis, Fleckenausschlag, Halsschmerzen gehabt hatte, Erscheinungen, die mehrmonatlichem Pillengebrauche wichen und bis auf zeitweise eintretendes Halsweh nicht wiederkehrten. Nun klagte er seit einigen Wochen über immer mehr zunehmende Beschwerden beim Schlucken festerer Speisen; sichtbar war nur im Pharynx eine Narbe an der Uvula; eine mittelstarke Oesophagussonde

ging etwa bis zur Höhe des 6. Dorsalwirbels leicht hindurch, um daselbst auf eine Enge zu stossen, die nur mit einer ziemlich dünnen Sonde unter dem deutlichen Gefühle einer gewissen Rauhigkeit passirt werden konnte, die Auscultation an dieser Stelle, links von der Wirbelsäule, ergab ein lautes plätscherndes Geräusch, das hier aufhörte, ein leichtes Regurgitiren erkennen liess und nach einigen Secunden in den Magen ging. Nach Ausschluss aller anderen Aetiologie wurde Syphilis angenommen, Jodkali gegeben, während dessen Gebrauch nach wenigen Tagen eine „Psoriasis" an beiden Hohlhänden erschien. Unter Erhöhung der Jodkaligabe auf 2 Gramm pro die gelang nach einigen Wochen das Einführen stärkerer Sonden; Pat. war fähig, festere Speisen zu schlucken, wenn er auch, namentlich bei härteren, ein Druckgefühl und Wundsein unter dem Sternum noch angab. Im Verlaufe mehrerer Wochen schwand auch dieses, Sonde 8 ging jetzt leicht hindurch, und nachdem auch die Psoriasis unter Jodquecksilbergebrauch verschwunden, wurde Pat. nach ca. fünfmonatlicher Behandlung geheilt entlassen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 54 Jahre alten Mann, der vor 22 Jahren inficirt, mit Schmier- und Schwitzkuren behandelt, nur in den ersten Jahren einige leichte Recidive gehabt hatte. Derselbe kam wegen eines (wie auch die spätere Behandlung erwies) zweifellosen ulcerirten Gumma der Zungenspitze und wegen Schluckbeschwerden in Behandlung. Als Ursache der letzteren ergab die Untersuchung der Speiseröhre einen ziemlich starken Widerstand für Sonde 6 in der Höhe des 5. Brustwirbels. Eine dünnere Sonde, die auch nicht ganz leicht einzuführen war, liess deutlich ein Reibegeräusch beim Auscultiren der verengten Stelle erkennen. Unter dem Gebrauche von Jodkali — bis 3 Gramm pro die — heilte das Zungengeschwür und besserte sich die Stenose soweit, dass nur noch sehr starke Sonden eine gewisse Resistenz an der besagten Stelle erkennen liessen. L. glaubt die syphilitischen Stenosen des Oesophagus meist durch Gummata des submucösen Gewebes hervorgebracht, die anfangs bei geeigneter Behandlung der Resorption zugänglich, später ulceriren und zu fibrösen Structuren mit dem bekannten fatalen Retractionsvermögen aller luetischen Narben führen. Die sehr genauen differentialdiagnostischen Angaben müssen im Original nachgelesen werden; Anamnese und der eventuelle Erfolg specifischer Therapie sind für die Diagnose von besonderem Werthe.

In der Discussion über den in der Berliner Med. Gesellschaft gehaltenen Vortrag führte Herr Lewin einen eigenen einschlägigen Fall an: 58jähriger Mann, der, vor 20 Jahren inficirt, seitdem continuirlich an syphilitischen Erscheinungen gelitten hatte, sich mit Stenose des Oesophagus, tiefen Ulcerationen im Pharynx und oberflächlichen im Larynx, Psoriasis palmaris vorstellte. Relativ guter Erfolg der Jodkalium- und Sondenbehandlung, die Pat. vorzeitig abbrechen musste. Caspary.

Kopp berichtet **(14)** über zwei Fälle von syphilitischer Tracheobronchostenose mit Induration eines Lungenlappens.

1. Fall. Bei einem 33jährigen Manne zeigten sich die ersten subjectiven Beschwerden 6 Jahre nach einem Präputialgeschwür. Die Krankheit begann mit Husten, Auswurf und Abnahme des Körpergewichts; abendlichen Temperatursteigerungen, Hustenparoxysmen, mit reichlichem eitrigem, keine elastischen Fasern enthaltendem Sputum; dann im Verlauf Athembeschwerden, die sich bisweilen zu Erstickungsanfällen steigerten; Therapie: Inunctionskur und Jodkali. Nach 9 Monaten Tod.

Die Obduction ergab oberhalb der Bifurcation Erosionen, die Trachea unmittelbar über der Theilungsstelle bis auf die Hälfte des Lumens eines Hauptbronchus trichterförmig verengt, Eingang des rechten Hauptbronchus bis auf die Dicke eines Federkiels reducirt; auch der linke Bronchus sehr stark stenosirt. Die ganze stenosirte Stelle hat eine Länge von ca. 3 Ctm. vom unteren Trachealende bis in die Hauptbronchien hinein, ist von einer 6—8 Mm. dicken sklerotischen Bindegewebsmasse förmlich eingeschnürt. Das Gewebe des linken unteren Lungenlappens ist hepatisirt, zwischen den Lobulis reichlich entwickeltes, strangförmig angeordnetes Bindegewebe. Der mikroskopische Befund an in Alkohol gehärteten Schnittpräparaten aus der stenosirten Bifurcation ergab an Stelle der Schleimhaut und der Submucosa eine bis 3 Mm. dicke derbfaserige Bindegewebsschicht mit reichlicher Einlagerung kleiner Rundzellen, alle normalen Structurelemente zu Grunde gegangen, der Knorpel fast überall von der Schleimhaut her arrodirt, das peritracheale Bindegewebe verdickt. In dem verdichteten Lungenlappen, entsprechend den interlobulären Bindegewebszügen bis 3 Mm. dicke derbfaserige Bindegewebsstränge mit Einlagerung lymphatischer Zellen, die Wucherung am stärksten in der

Umgebung der grossen Gefässe; das Lungengewebe an vielen Stellen nekrotisirt.

2. Fall. Eine 65jährige Frau, bei der eine vorausgegangene specifische Infection nicht eruirt werden konnte. Seit 2 Jahren litt sie an Schwerathmigkeit, Husten und Heiserkeit; sechs Wochen vor dem Exit. let. traten starke Dyspnoë, Halsschmerzen, Schlingbeschwerden und reichlicher Auswurf ein, wozu sich dann noch eine Entzündung des linken unteren Lungenlappens gesellte. Die in Folge der sich steigernden hochgradigen Dyspnoë ausgeführte Cricotracheotomie verschaffte nur kurzdauernde Besserung. Der Tod trat ein unter den Zeichen allgemeinen Collapses. Die Obduction ergab auf und unter den Stimmbändern ulcerös zerstörte Partien, in welche Knorpelstücke vom Schild- und Ringknorpel hineinragten, in der unteren Hälfte der Trachea sternförmige Narben, an der hinteren Wand der Trachea ein zehnpfennigstückgrosser Defect, der in eine divertikelartige Höhle zwischen Trachea und Oesophagus führte; am Grunde mündete dieselbe durch eine zweite Oeffnung wieder in die Trachea oberhalb der Bifurcation (peritrachealer Abscess). Der Eingang in beide grossen Bronchialäste stark verengt; die unteren Lungenlappen beiderseits im Zustande der Splenisation; in den Bronchien eitriger Inhalt. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Stellen der Trachea zeigt die Schleimhaut um das 8—10fache ihres normalen Durchmessers verdickt und hochgradig verändert; an Stelle der normalen Elemente ist eine stellenweise von dichtgedrängten Rundzellenhaufen durchsetzte sklerosirte Bindegewebsmembran getreten: die die Trachea umgebende Bindegewebshülle ebenfalls verdickt.

Bei der Section eines syphilitischen Phthisikers fand man nach Balzer (**15**) ausser den käsigen Lungenveränderungen etwa 30 miliare Aneurysmen im Verlauf der Art. coronaria anterior, die sich in den Gefässen des Herzbeutels gebildet hatten; ausserdem kleine miliare Blutungen in vielen Gefässscheiden des letzteren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass dieser Aneurysmenbildung eine Ansammlung von Rundzellen in den Gefässwänden vorausging, eine Veränderung der Gefässwand, bei der Bindegewebe und elastische Fasern schwinden.

Ueber den Befund an den anderen Körperarterien wird nicht berichtet. (Der Zusammenhang dieser ausgedehnten Aneurysmenbildung mit der Syphilis bedarf wohl noch des Beweises. A.)

M. Zeissl schildert (16) einen Fall der seltenen syphilitischen Erkrankung des Samenstranges. Ein 25jähriger Mann erkrankte im April 1882 an Lues. Am 12. December zeigte sich bei noch bestehenden Haut- und Schleimhautpapeln eine mässige Verdickung des Samenstrangs, welche rasch zunahm und am 18. Decbr. Taubeneigrösse erreichte. Die schmerzlose Geschwulst befand sich im Hodensack oberhalb des Hodens, das Vas deferens lag frei an der Aussenseite. Es trat rasch Erweichung auf und am 9. Januar 1883 wurden 100 Gr. missfarbigen Eiters entleert. Die Heilung war bei antisyphilitischer Behandlung am 18. Februar vollendet.

Falkson hat (17) als Secundararzt der Königsberger chirurgischen Klinik innerhalb weniger Jahre drei Fälle syphilitischer Gelenkleiden gesehen. In allen Fällen wurde die Diagnose wesentlich dadurch unterstützt, dass die Anamnesen in hohem Grade belastend waren und dass noch weitere Symptome einer luetischen Infection vorlagen; endlich durch den prompten und vortrefflichen Erfolg antisyphilitischer Therapie, in erster Reihe einer energischen Schmierkur. Zwei Fälle waren völlig analog; in beiden hatte sich die Gelenkaffection an eine Ostitis des Condyl. extern. humeri angeschlossen, die als gummöse Ostitis imponirte; in beiden war in kurzer Zeit ein erheblicher Grad von Ankylose eingetreten, von der nur das Radiohumeralgelenk verschont geblieben war. Besonders Nachts waren Schmerzen aufgetreten, sonst nur bei schwerer Arbeit. Druckempfindlichkeit bestand nur am Cond. extern. humeri; passive Bewegungen waren sehr empfindlich, Pro- und Supination von Crepitation begleitet, und bei dem einen Patienten, bei dem eine Schwellung des Radiohumeralgelenks bestand, recht schmerzhaft, so dass F. hier die Bildung von Knorpelulceration vermuthet. — F. hält diese Form von Gelenklues, die durch circumscripte Auftreibung an einer Epiphyse und durch eine ankylosirende Synovitis charakterisirt wird, zumal bei jugendlichen Individuen für genügend definirt, um sie als typisches Bild einer syphilitischen Gelenkerkrankung aufstellen zu können. Die Vorgänge an der Synovialis seien wohl nur anfangs als rein fluxionärer Natur anzunehmen; später scheine sich ein für Lues charakteristischer Schrumpfungsprocess zu entwickeln, so dass man wohl das Recht habe, wenn auch ein specifisches Substrat von Gumma fehle, von einer luetischen Gelenkaffection und nicht blos von einer

Gelenkaffection bei Lues zu sprechen. Die Prognose sei im Allgemeinen recht günstig, die Therapie müsse in erster Linie eine energische Schmierkur sein; gleichzeitig müsste mechanische Behandlung, Massage und passive Bewegungen stattfinden. — Im dritten Falle handelte es sich um starke Infiltration einer Kniegelenkskapsel, mässigen Erguss, diffuse Schmerzhaftigkeit; Fehlen jeder circumscripten Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an Condylus oder Kapsel. Wenn so ein Unterschied von dem gewöhnlichen Tumor albus nicht zu constatiren war, so sprachen doch Anamnese, Hautnarben, doppelseitige Keratitis parenchymatosa für Syphilis und F. sah durch den eclatanten Erfolg einer Schmierkur seine Diagnose vollauf bestätigt.

Caspary.

Riedel, der als Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Aachen reichlich Gelegenheit zur Beobachtung Luetischer hat, theilt (**18**) in gedrängter, zum Auszug nicht geeigneter Weise einmal 3 Fälle von Knochensyphilis mit: 1. hereditäre Syphilis: 11 Herderkrankungen des Knochens, 5 am Schädel, 5 an den Extremitäten; Tuberkel in den Granulationen der letzteren. 2. Caries syph. pedis d. mit Perforationen nach Dorsum und Planta pedis; nierenförmige Geschwüre auf der Vorderfläche des oberen Drittels der Tibia. 3. Caries syphilitica manubrii sterni mit Perforation ins linke Sternocledalgelenk. Faustgrosse syphilitische Geschwulst im Mediastinum posticum am Hilus der linken Lunge und Pneumonie. — Von Lues der Weichtheile erwähnt Verf. zwei Fälle von Gummata am Kniegelenke mit secundärem Hydrops, von denen das eine in der Gelenkkapsel selbst, das andere in der Fascia lata seitwärts von der Patella sass, beide auf Jodkalium geschwunden. Ferner zwei Fälle von Schleimbeutelerkrankung (unter dem Lig. patellae und unter dem Troch. major), in denen Fisteln zu der weit ausgebuchteten, in eine derbe käsige Masse verwandelten Schleimbeutelwand führten, unter der der Knochen gesund erschien; sie wurden gleich andern Fällen, in denen Fisteln in Abscesse von Drüsen oder des subcutanen Bindegewebes führten, ausser mit specifischen Internis mit Spaltung, resp. Ausschabung oder Exstirpation behandelt und geheilt. Dasselbe Verfahren übte Verf. bei hartnäckig recidivirenden oder durch Zutritt von Drüsenschwellung der Carcinombildung verdächtigen Zungengeschwüren. Ebenso in einem Falle von Umwandlung des ganzen Introitus vaginae bis zur Clitoris hinauf

einschliesslich der kleinen Labien und der Urethralmündung, der Vagina bis in die Tiefe von 4 Ctm., in nierenförmige Geschwüre. Die tertiäre Syphilis bedarf nach dem Verf. genau derselben chirurgischen Behandlung wie die Tuberculose, besonders wenn die Haut- resp. Schleimhautdecken geöffnet sind; so auch besonders die Erkrankungen der Knochen. Man sei oft erstaunt, wie weit die Veränderungen besonders am Schädel gediehen sind, wenn sich auch nur eine kleine, wenig secernirende Fistel finde; wie sich oft bei weiterer Abhebung des Periosts neben gelösten Sequestern weite Strecken käsig infiltrirten Knochens zeigen, dessen Grenzen gegen das gesunde Gewebe fast noch undeutlicher seien, als bei der durch Tuberculose hervorgerufenen Verkäsung des Knochens; ebenso undeutlich sei manchmal die Grenze von Gesundem und Krankem bei den langen Röhrenknochen, wie bei den kurzen spongiösen. So lange die Haut intact ist, sieht sich R. nur durch extreme Schmerzen im Knochen bei localen Anhaltspunkten, bei völligem Versagen interner Mittel zur Bloslegung des Knochens veranlasst, schon mit Rücksicht auf die Unsicherheit in der Unterscheidung von gesundem und krankem Gewebe. Ist Aufbruch erfolgt, so neigt er entschieden zu energischer localer Therapie unter dem Schutze des antiseptischen Verfahrens.

Caspary.

19. **Troisier.** Notiz über einen Fall von syphilitischer Pseudoparalyse bei Kindern. (Progr. méd. Nr. 19, 1883.)
20. **Erb.** Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. (Berl. klin. Woch. Nr. 32, 1883.)
21. **de Sinéty.** Einfluss des Typhus auf die syphilitischen und blennorrhagischen Affectionen. (Compt. rend. de la société de biologie p. 94, 1883.)
22. **Pick.** Ueber den Einfluss des Erysipels auf Syphilis. Bericht über einen im Verein deutscher Aerzte in Prag gehaltenen Vortrag. (Wiener med. Presse Nr. 1, 1883.)
23. **Auspitz.** Ueber Syphilis-Statistik. (Wiener mediz. Presse Nr. 40, 1883.)

Troisier berichtet (**19**) über einen Fall von syphilitischer Pseudolähmung, ein 7wöchentliches Kind betreffend, das an zweifelloser congenitaler Secundärlues litt. Der linke Arm hängt bewegungs-

los herab, erscheint bis auf einzelne eben wahrnehmbare Spontanbewegungen der Finger vollständig gelähmt. Auf Hautreiz deutliche Bicepscontraction, Sensibilität intact. Ausser dieser seit einer Woche bestehenden Affection nirgends paralytische Zustände. Die Section ergibt neben Lungen-, Leber- und Milzsyphilis an zahlreichen Stellen des Skelets syphilitische, gelatinöse Atrophie, welche am Humerus zu einer vollständigen Ablösung des oberen Epiphysenknorpels geführt hat; derselbe wird nur noch durch Gelenkkapsel und Periost in seiner Lage erhalten. Beginnende derartige Ablösungsprocesse zeigten sich auch schon im Bereich beider unteren Extremitäten.

Erb fand (**20**) bei einem zweiten Hundert von Tabesfällen (über das erste Hundert s. d. Vierteljahresschrift 1881, S. 688) folgende Ergebnisse:

| | |
|---|---|
| Fälle ohne jede vorausgegangene syphilitische Infection | 9 % |
| Fälle mit vorausgegangener syphilitischer Infection . . | 91 % |
| (darunter mit sicherer secundärer Syphilis . . . . . | 62 % |
| und mit Schanker allein ohne bemerkte sec. Symptome) | 29 % |

Von diesen Schankern waren 10 mit Quecksilber, Jodkalium und Decocten behandelt worden, während von 14 genauere Notizen über die Behandlung fehlen; fünf wurden ausdrücklich als harte Schanker bezeichnet. — Von den 91 Fällen treffen 69 auf die ersten 15 Jahre nach stattgehabter Infection; das folgende Lustrum weist noch 15 Fälle auf, 6 fallen später. Als Gegenprobe hat Erb bei allen über 25 Jahre alten männlichen Kranken aus seiner Klientel, die nicht an Tabes oder direct an Syphilis litten, genau nach vorausgegangener Infection geforscht. In den zusammen 1200 Fällen fand er:

| | |
|---|---|
| Nichtinficirte . . . . . | 77·25 % |
| Früher Inficirte . . . . . | 22·75 % |
| (darunter mit secundärer Syphilis . | 10·25 % |
| und mit Schanker allein) . . . . | 12·50 % |

Erb erschliesst mit absoluter Sicherheit aus seinen Beobachtungen, dass man in der Regel (in 9 unter 10 Fällen) einmal Schanker oder Syphilis — Erb ist Unitarier — gehabt haben muss, um tabisch werden zu können. Aus einer Zusammenstellung von 100 Fällen der Tabes erschliesst er ferner, dass die Syphilis unzweifelhaft die häufigste und wichtigste Schädlichkeit ist, während die übrigen

Ursachen (Heredität, Erkältung, Strapazen, sexuelle Excesse, Traumen) nur äusserst selten für sich allein, in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nur zusammen mit der Syphilis die Tabes verursachen können. Den Einwand, dass die pathologische Anatomie gegen ihren syphilitischen Ursprung spreche, hält Erb für hinfällig, weil die Produkte der Syphilis bisher histologisch durchaus nicht absolut differenzirt seien. Die Behauptung, dass ein specifisches, vielleicht organisirtes Gift eine solche Krankheitsform, wie die Tabes, nicht hervorbringen könne, sei vollkommen haltlos nach den Beobachtungen von Tabes nach Ergotinvergiftungen und nach Diphtherie. Die angeblichen Misserfolge der specifischen Behandlung würden sich sicher in nicht allzu ferner Zeit ändern. Er erinnert ferner zu Gunsten seiner Annahme: an die Häufigkeit der Augenmuskellähmungen und der reflectorischen Pupillenstarre bei der Tabes; an das Vorkommen anderweitiger Symptome von Syphilis des centralen Nervensystems, von Symptomen der Lues an Haut, Schleimhäuten, Knochen etc.; an die Thatsache, dass bei spät erworbener Syphilis auch die Tabes in späterem Alter beginne; an das relative Häufigkeitsverhältniss der Tabes sowohl, wie der Syphilis bei Männern gegenüber den Frauen (für beide Leiden ungefähr wie 10 : 1); an die relative Häufigkeit der Tabes und der Syphilis bei Frauen aus den niederen Ständen, an die relative Seltenheit bei Frauen aus den höheren Ständen. Es sei irrthümlich anzunehmen, dass bei tabischen Frauen sich so gut wie niemals vorausgegangene Syphilis nachweisen lasse; Erb fand bei 10 Fällen, über die er sichere Angaben erhielt, 4 ohne und 6 mit vorausgegangener Infection. Nach alledem ist Erb überzeugt, dass die Syphilis eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Bedingung für das Entstehen der Tabes ist; er hält es noch nicht für bewiesen, aber für wahrscheinlich, dass die Tabes eine späte Manifestation der Syphilis, eine specifische Affection ist, deren Auftreten und Localisation aber noch von verschiedenen anderen Ursachen (Erkältung, Strapazen, Trauma u. s. w.) bestimmt wird. Zum Schlusse erzählt Erb die Krankengeschichte eines 40jährigen Mannes, der vor 20 Jahren Schanker mit Bubonen hatte (keine Spur von secundären Erscheinungen, Quecksilberbehandlung, aber ärztliche Versicherung, es sei nur ein ganz harmloser Schanker gewesen), der acht Jahre danach die ersten lancinirenden Schmerzen hat; der jetzt das ausgesprochene Bild der typischen Lues darbietet, ausserdem aber noch seit 9 Monaten einen

charakteristischen Tophus hat am linken Schienbein, seit einem halben Jahre Syphilis im Gesicht und Tophus am rechten Vorderarm, seit 3 Monaten specifische Hodenschwellung, besonders links, ausserdem öfters heftige, Abends exacerbirende Kopfschmerzen. Erb fragt: Bei einem Manne, der nie etwas anderes als Schanker und Bubonen hatte, kommt nach 20 Jahren die exquisiteste Syphilis der Haut, der Knochen und der Hoden zum Vorschein, und eine Tabes, die sich 15 bis 20 Jahre nach der Infection entwickelt, sollte nicht syphilitischer Natur sein können?

(Referent zweifelt gar nicht, dass die Quelle dieser Schlag auf Schlag an dem schon lange tabetischen Manne auftretenden Syphilis-Symptome der Jetztzeit viel näher liegt, als Erb annimmt; dass sie keineswegs von einer 20 Jahre alten Acquisition von Schanker und Bubonen herzuleiten sind, sondern von einer wenige Jahre alten Ansteckung. Dafür spricht ihm vor Allem die schnelle Aufeinanderfolge der Luesprodukte; dafür — wenn auch nicht beweisend, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit — die 10 Jahre nach jener eingestandenen Ansteckung und einzigen Quecksilberkur stattgehabte Verheiratung, in Folge deren Frau und zwei Kinder als ganz gesund, Abort fehlend in der Krankengeschichte aufgeführt sind. Ist die Annahme des Referenten richtig, so ist die Infection während der sich entwickelnden Tabes erfolgt, was doch sehr gegen deren syphilitischen Charakter spricht.) Caspary.

Nach de Sinéty (**21**) verschwanden bei von Typhus befallenen Syphilitischen die Haut- und Schleimhautaffectionen so vollständig, dass zur Zeit der Genesung keine Spuren davon mehr zu erkennen waren. Bei den meisten traten jedoch früher oder später von Neuem Symptome auf. Auf die Blennorrhagien dagegen übte das typhöse Fieber einen ungünstigen Einfluss, der blennorrhagische Process wurde gesteigert, in die Länge gezogen und war ungewöhnlich schwer zur Heilung zu bringen.

Pick berichtet (**22**) über zwei Fälle von gummöser Lues, bei welchen ein intercurrirendes Erysipel zur Resorption der gummösen Massen führte. 1. Vor Jahren syphilitisch inficirter Mann, der wegen ausgedehnter gummöser Processe an der Nase und im Rachen in der Klinik war und ein Erysipel acquirirte, das über Gesicht, Stirn,

behaarten Kopf und Nacken verlief, und mit dessen Ablauf die syphilitischen Processe an der Nase spurlos verschwunden waren. 2. Serpiginöse gummöse Lues an der rechten Gesichtshälfte und rechten Brustseite, frische Gummata am Scrotum. Erysipel des Gesichts, Kopfes, Halses und Rumpfes; nach Ablauf desselben Schwund sämmtlicher syphilitischer Erscheinungen, aber nur im Verbreitungsbezirke des Erysipels; die Gummata am Scrotum unverändert.

Der Verf. bespricht auch den Einfluss anderer physiologischer und pathologischer Zustände auf die Syphilis und erzählt einen Fall von mit Variola complicirter frischer Syphilis, bei welchem im Decrustationsstadium an den früheren Variolaefflorescenzen sich ein Pustelsyphilid mit sehr schwerem ulcerösen Verlauf entwickelt hat.

Auspitz (**23**) lenkt die Aufmerksamkeit auf die grossen Mängel der allgemein üblichen Syphilis-Statistik und kommt zu folgendem Satze:

Jede Statistik der Behandlungsresultate bei venerischen Erkrankungen in Spitälern ist schwierig, fast unmöglich, und allgemeine Schlüsse daraus sind im Grossen und Ganzen nicht zu machen.

Verf. stellt weiters die Frage: Wenn die statistische und klinische Beobachtung bei der Syphilis so wenig verlässliche Daten für den praktischen Arzt zu geben vermag — wie verhält es sich erst mit den therapeutischen Sätzen, welche auf jene basirt zu werden pflegen? In der Antwort liege die Erklärung für die grenzenlose Anarchie, welche in der Lehre von der Syphilisbehandlung heute noch herrscht. Ob man Mercuralien überhaupt anwenden dürfe oder nicht, ob die tertiäre Syphilis eigentlich nur Quecksilberkrankheit, Scrophulose u. dgl. sei und mit Jod behandelt werden müsse, ob das Jod bei primären Formen von Nutzen sei, ob eine antisyphilitische Behandlung im Incubationsstadium, vor dem Auftreten der sogenannten secundären Formen, Erfolg habe, ob vegetabilische Mittel allein Syphilis zu heben vermögen, ob eine expectative Behandlung, d. h. das blose Zusehen des Arztes nebst diätetischen Vorschriften genügend sei, die Syphilis zu heilen — diese und noch viele andere Fragen werden heute noch ebenso oft verschieden beantwortet, als sie gestellt werden — verschieden bearbeitet auf Grund von Zifferncolonnen und Krankengeschichten, die gewiss ehrlich gemeint und selbst

an und für sich nach logischen Principien gruppirt sind, aber doch zu den ungleichsten und unvereinbarsten Ergebnissen führen.

Zur Beleuchtung dessen exemplificirt der Verf. auf die subcutanen Injectionen mittelst Quecksilbersublimat. Bekanntlich hat Lewin im Jahre 1868 zuerst diese Methode, welche früher wohl nur zu einzelnen Versuchen verwendet worden war, zu allgemeiner Anwendung in der Berliner Charité gebracht und zuerst darüber in eingehenden Publicationen berichtet. Im Jahre 1868 hat er schon eine Statistik von 500 Fällen ins Feld geführt, und zwar die Kreuz und Quer, so dass kaum eine Frage aus der Pathologie und Therapie der Syphilis unbeantwortet geblieben ist. Da wird erzählt, dass es zur Tilgung der maculösen Syphilis blos einer durchschnittlichen Dosis von 0·08 bis 0·1 Sublimat bei dieser Methode bedurfte; zum Schwinden der papulösen Syphilis durchschnittlich 0·02 bis 0·03 mehr als zur Heilung der maculösen (!), zur Hebung der condylomatösen Syphilis im Durchschnitt 2·5 Gran; bei lupösen Geschwüren genügten 0·18 = 3 Gran, dagegen erforderten die Gummata im Durchschnitt 0·36 bis 0·6 (6 bis 10 Gran) Sublimat. (Lewin, Behandlung der Syphylis mit subcutanen Sublimat-Injectionen. Berlin 1869.) Aber auch die wichtige Frage der Syphilis-Recidiven werde auf demselben Wege von diesem Autor sehr schnell gelöst. In der Registratur der Charité fand derselbe Krankengeschichten von 2000 Syphilitischen, welche mit vegetabilischen Mitteln und mit Mercurialien behandelt worden waren und fand nach beiden Kurmethoden eine Anzahl der Recidive von beinahe gleicher Höhe im Durchschnitte von circa 80%, während bei 6000 seiner seither bis heute mit Sublimat-Injectionen behandelten Kranken nur 40—45% Rückfälle constatirt werden konnten. Und nun gelangt der Autor zu einer geradezu frappirenden Schlussfolgerung: Trotzdem seit 1865 die Bewohnerzahl Berlins auf das Doppelte gestiegen sei, zeige der Krankenstand seiner Abtheilung doch nicht in demselben Masse eine Steigerung. Die Verringerung dieses Contingents könne nur durch die kürzere Zeitdauer der Behandlung (die frühere Behandlungsdauer habe nämlich circa 10 Wochen betragen; bei seiner Kur betrage sie nur circa 4 Wochen) und durch die geringere Zahl der Recidive verursacht sein (!). Eine andere Erklärung sei nicht möglich. Verf. erklärt derlei Statistik in Bezug auf die Recidiven-Fragen ebenso wenig wie hinsichtlich therapeutischer Fragen für wissenschaftlich zulässig, wie das auch in einer

Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft, welche der Erörterung eines neuen, von Liebreich vorgeschlagenen Hg-Präparates, des Quecksilber-Formamids gewidmet war, durch Köbner in ähnlicher Weise ausgesprochen worden ist. Was gleichwohl das Meritorische dieser Behandlungsmethode anlangt, gibt A. sein Urtheil dahin ab, dass die in jeder Beziehung vortrefflichste Methode der Hg-Behandlung heutzutage die subcutane Sublimatinjection bilde; dass dieselbe die reinste, am unmittelbarsten zur Wirkung gelangende, in ihren Resultaten jener der Einreibungskur mit grauer Salbe mindestens gleichkommende Methode darstelle; dass alle angeblichen Nachtheile derselben, wie Abscessbildung, Schmerzhaftigkeit u. s. w. durch eine richtige und reinliche Art der Application völlig oder nahezu völlig vermieden werden, während bei der Behandlung mit Einreibungen, insbesondere in Krankenhäusern, die Verderbniss der Atmosphäre durch Hg-Theilchen, sowie die Nothwendigkeit, die Ausführung (oder Nichtausführung) der Kur dem Wärterpersonale oder dem Kranken selbst zu überlassen, nicht zu umgehen ist. Es unterliege kaum einem Zweifel, dass die meisten der vornehmlich in den ersten Jahren publicirten ungünstigen Berichte über diese Methode nur so ausfallen konnten, weil die Autoren eine unrichtige oder ungenaue Technik bei den Injectionen anwandten.

24. **Doyen.** Ueber die Veränderungen der Lymphdrüsen bei Kindern mit hereditärer Syphilis. (Archives générales de méd. p. 679. 1883.)
25. **Eisenschitz.** Die Ernährung hereditär syphilitischer Kinder. (Wiener med. Blätter Nr. 44—46. 1882.)
26. **Boeck.** Einige Bemerkungen gelegentlich Dr. Eisenschitz's Artikel über die Ernährung hereditär-syphilitischer Kinder nebst Mittheilung von 4 Fällen von Mamillarschanker, vom Munde hereditär-syphilitischer Kinder herstammend. (Tidsskrift for praktisk Medicin, Nr. 2, 1883.)
27. **Müller.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Syphilis hereditaria der Neugeborenen. (Virchow's Archiv Bd. 92, Heft 3, 1883.)

Doyen berichtet (**24**) über 4 Fälle von hereditärer Syphilis, bei denen die Lymphdrüsen in mehr oder minder ausgedehnter Weise mit afficirt waren. Das Alter der gestorbenen Kinder war

zwischen 36 Tagen und 21 Monaten. Hierauf beschreibt er aber 3 Fälle von hereditärer Syphilis, bei denen die Section die Integrität sämmtlicher Lymphdrüsen ergab. Diese Kinder standen im Alter von 2—25 Tagen. Die syphilitische Erkrankung der Lymphdrüsen erscheint nach den Beobachtungen des Verf. als primär unabhängig von den Erkrankungen äusserer oder innerer Organe. Die Lymphdrüsenhypertrophie secundärer oder scrofulöser Natur unterscheide sich von der syphilitischen dadurch, dass bei letzterer das Volumen der Drüsen weniger gross sei, die Drüsen der Haut nicht adhäriren und nicht zur Eiterung neigen. (? A.) Nach dem Verf. ist die syphilitische Lymphdrüsenaffection Ausdruck der allgemeinen constitutionellen Infection und bietet bei gleichzeitiger syphilitischer Erkrankung der Milz Analogien mit der Leukämie; es wird nicht mehr zum Schwinden gebracht und verschlimmert die Prognose.

Nach Eisenschitz (**25**) können die meisten hereditär syphilitischen Kinder nur dann am Leben erhalten werden, wenn denselben Frauenmilch gereicht wird. Auf welchem Wege dieselbe gegeben werden soll, darüber herrsche noch viel Unklarheit. Zeissl empfiehlt eine gesunde Amme. (Die Amme müsse natürlich auf die Gefahr der Ansteckung aufmerksam gemacht werden.) Nur wenn die Mutter keine Zeichen der Lues hat, soll sie ihr syphilitisches Kind stillen.

v. Sigmund will, dass wenn Mutter und Kind syphilitisch sind, die Mutter stille. Fürth hält die Milch der syphilitischen Mutter nicht für gesund, besonders wenn sie Mercur genommen. Hat die Vitalität des Kindes sich erprobt, so könne künstliche Ernährung vorgenommen werden. Ist die Mutter gesund, das Kind syphilitisch auf die Welt gekommen, so müsse die Mutter selbst stillen, weil die Mutter nicht so leicht angesteckt werden kann. Ist die Mutter syphilitisch, das Kind nicht, so acquirirt das letztere nicht; die Mutter kann säugen; doch ist es besser, wenn eine Amme genommen wird. Fürth räth, wenn man eine Amme mit hereditär syphilitischem Kind trifft, dieselbe nicht weiter stillen zu lassen, da die Amme sicher inficirt würde und die Kinder doch meistens zu Grunde gingen. Verf. will dies nicht so bestimmt hingestellt wissen. Grüneburg behauptet, dass hereditäre Syphilis überhaupt nicht ansteckend sei und Henoch fand, dass in den meisten Fällen die Ammen frei von Ansteckung bleiben. Doch wird die Möglichkeit einer Infection nicht in Abrede

gestellt. Verf. hat dieselbe Erfahrung gemacht. Fournier glaubt, dass die Ansteckung der Ammen unfehlbar sei, und verlangt desshalb, dass die Mutter selbst stille, wenn das Kind syphilitisch oder auch nur der Syphilis verdächtig erscheint, einerlei ob die Mutter selbst syphilitisch ist oder nicht. Verf. ist auch dieser Ansicht. Die Mutter soll so lange stillen, als sie kann. Ist die Ernährung trotzdem unmöglich, dann soll eine gesunde Amme genommen werden, jedoch nur dann, wenn die Prognose für das hereditär syphilitische oder der hereditären Syphilis verdächtige Kind nicht absolut ungünstig ist.

Obschon Eisenschitz nicht so weit wie Zeissl geht, indem er nur unter gewissen Umständen das Stillen eines hereditär-syphilitischen Kindes durch eine gesunde Amme erlauben will, kann Boeck (**26**) doch auch nicht dem Dr. Eisenschitz beistimmen. Er ist nämlich der Meinung, dass es nie erlaubt sein kann, ein syphilitisches oder ein von einer syphilitisch gewesenen Mutter geborenes Kind an der Brust einer gesunden Amme liegen zu lassen, und zwar sowohl aus ethischen wie rein medicinischen Gründen. Die Gefahr für eine Uebertragung der Krankheit auf die Amme ist gar nicht gering, es vergeht kaum ein Jahr, wo nicht eine oder mehrere Patientinnen, die in dieser Weise angesteckt sind, in die Klinik für Syphilis in Christiania eintreten und theilt Verf. von den Jahren 1875 bis 1878 vier solche Fälle mit. Das Risico trifft ja überdies nicht nur die Amme, sondern durch sie die ganze Gesellschaft. Der Verf. hat nach seinen Erfahrungen keinen Grund anzunehmen, dass die Muttermilch für die hereditär-syphilitischen Kinder schädlich oder nicht gut ist. Ein syphilitisches oder von einer syphilitischen Mutter geborenes Kind kann, dem Verf. nach, nur durch die eigene Mutter oder eine vorher syphilitische Amme gestillt werden; ist dies nicht möglich, muss das Kind künstlich ernährt werden. Boeck.

Müller hat (**27**) im pathologischen Institute zu Königsberg, als er längere Zeit dort arbeitete, die der Syphilis verdächtigen Früchte secirt und, soweit die oft sehr bedeutende Maceration der Organe es zuliess, mikroskopisch untersucht. Unter 18 Fällen fanden sich 14 macerirte und 4 nicht faultodt geborene Früchte. Als häufigste Veränderung fand Müller die der Knochen, die er nur makro-

skopisch untersucht hat. Nur in zwei Fällen, in denen die Lues durch Leber- resp. Placentaveränderungen nachweisbar erschien, fehlten, obwohl die Mütter manifest syphilitisch waren und das erste der frühgeborenen Kinder sich faultodt zeigte, jede makroskopisch sichtbare Veränderung der Knochen. Bei der Beurtheilung, ob ein Fötus, der ausser Verbreiterung und Gelbfärbung der provisorischen Verkalkungszone kein anderes Symptom der hereditären Lues darbietet, von syphilitischen Eltern stammt oder nicht, legt Verf. ein grosses Gewicht auf die zackige Begrenzung jener Zone. Es sind ihm und Prof. Baumgarten einige Fälle vorgekommen, wo bei faultodten Früchten, bei denen congenitale Syphilis mit absoluter Sicherheit auszuschliessen war, die provisorische Verkalkungszone ebenfalls verbreitert und stark gelblich gefärbt, ihr Verlauf aber völlig glatt, ohne Zackung war; während umgekehrt Hypertrophie der Knochenverkalkungszone mit ausgesprochen zackiger Begrenzung von ihnen nur bei constatirter oder doch sehr wahrscheinlicher Syphilis angetroffen worden ist. Es scheint ihnen, als ob durch das langsame Absterben allein, gleichviel durch welche Ursachen bedingt, eine gewisse Zunahme der provisorischen Kalkinfiltration an den Epiphysengrenzen bewirkt werden könnte. Die Leber fand sich 11mal erkrankt. 9mal zeigte sie sich augenfällig vergrössert und erreichte in einem Falle am Ende der Heredität das bedeutende Gewicht von 135·4 G. Die Vergrösserung konnte die einzige Abnormität des Organs sein, ohne dass weitere makro- oder mikroskopische Veränderungen nachzuweisen waren. Meistens aber fanden sich dabei noch entweder grob sichtbare Veränderungen unter der Form gelblicher oder weisslicher, theils prominirender, theils infiltrirter miliarer Knötchen oder nur mikroskopische Abnormitäten. In einem Falle nur war bis auf einen erbsengrossen einzigen Knoten, der sich unter dem Mikroskop als ein richtiges Virchow'sches Gumma erwies, das übrige Gewebe normal. In den anderen Fällen handelte es sich um die miliare Form der Erkrankung, wie sie von Bärensprung, Caillé und Baumgarten näher beschrieben worden ist: im Lebergewebe zerstreute miliare, von kleinen Rund- oder Rund- und Spindelzellen gebildete Herde, die bald mehr, bald weniger der regressiven Metamorphose, feinkörnigem Zerfall oder regulärer Verfettung anheimgefallen sind; diese Herde liegen theils inter-, theils extra-acinös, theils finden sie sich vorzugsweise in den dickeren periportalen Bindegewebszügen, den

Pfortadervenen folgend, deren Adventitia sie meist seitlich aufsitzen, in und neben diesen Bildungen verläuft in vielen Fällen das Auftreten scharf begrenzter Haufen feinkörniger Substanz, welche Aehnlichkeit mit Riesenzellen besitzen und häufig im Innern von Capillaren und kleinen Venen zu liegen scheinen. — Die Lungen fand Müller nur einmal, und zwar unter dem Bilde der weissen Hepatisation erkrankt; die Wucherung und Verdickung des interstitiellen Bindegewebes erschien gegenüber der Anfüllung der Hohlräume mit gewuchertem Epithel als der dominirende Process. — Die Milz zeigte kaum in der Hälfte der Fälle eine augenfällige Vergrösserung. In einem Falle fand sich dabei eine kleinzellige Infiltration in und zwischen der Media und Adventitia der Milzarterien, zuweilen durch Zellansammlungen im Lumen der betreffenden Arterien mit Einengung und völligem Verschluss derselben im Process, der der Arteriitis obliterans syph. der Gehirnarterien histologisch völlig gleichzustellen ist. Hypertrophie der retroperitonealen Lymphdrüsen wurde einmal beobachtet, ohne sonstige Structurveränderung; in Nieren und Nebennieren wurde nichts Pathologisches gefunden. Das Pankreas fand sich zweimal erkrankt, beidemal waren die Früchte am Ende der Gravidität geboren; eine Bestätigung der Behauptung Birch-Hirschfeld's, dass die Erkrankungen dieses Organs erst in der letzten Zeit des intrauterinen Lebens beginnen. In dem einen Falle handelte es sich um eine Wucherung lymphoider Zellen an Stelle einzelner Drüsenacini mit theilweiser oder vollständiger Vernichtung derselben; in dem anderen Falle nur um fibröse Wucherung des die Acini umgebenden Bindegewebes mit dadurch bedingter Verkleinerung derselben, also um Veränderungen, die den beiden Typen Birch-Hirschfeld's entsprachen. — Erkrankungen der Thymus waren nicht vorhanden. — Die Placenten endlich zeigten in der grösseren Hälfte der Fälle pathologische Veränderungen, sie waren schwerer als es dem Alter der Früchte entsprach und meist viel besser erhalten, als die zugehörenden Früchte selbst. Durch Prof. Neumann darauf aufmerksam gemacht, fand Müller in den Chorionzotten constant wohlerhaltene rothe Blutkörperchen, während diese in den macerirten Früchten völlig zerfallen waren. In zwei Fällen fand Verf. eine fibröse — zweifelhaft ob syphilitische — Endoarteriitis der gröberen Placentargefässe ohne weitere Erkrankung des übrigen Choriongewebes. Besonders erwähnenswerth ist ein Fall von echter Placentitis gum-

mosa, der sich einem früher von Baumgarten beobachteten völlig analog verhält, in dem eine ganze Menge nicht gezählter Knoten von Erbsen- bis Wallnussgrösse sich vorfanden, die vor Allem aber nicht eine gummöse Erkrankung des decidualen, sondern des chorialen Theiles der Placenta darstellen, eine zweifellose Placentitis chorialis seu foetalis gummosa. Alle übrigen beobachteten Erkrankungsfälle deckten sich der Hauptsache nach mit dem, was E. Fränkel und Hennig als Syphilis der Placenta foetalis beschrieben haben, nur dass sich in einem Falle auch schon ein Uebergang von der einfachen granulirenden zu der gummösen Placentitis foetalis nachweisen liess.

Caspary.

28. **Tomaschewski.** Ueber Anwendung des Trichlorphenol in der syphilitischen Praxis. Aus der syphilit. Klinik des Prof. Tarnowski. (Wratsch Nr. 18, 19, 21, 22. — Centralbl. f. Chir. Nr. 48, 1883.)
29. **Orr.** Cascara Amarga gegen Syphilis. (Detroit Lancet, Mai 1883.)
30. **Lustgarten.** Ueber Hydrargyrum tannicum. (Anz. d. Ges. d. Aerzte in Wien. Nr. 11. 1884).

Von Tomaschewski (28) wurden Lösungen von Trichlorphenol (1—2½%) in der syphilit. Praxis verwendet. Die erzielten Resultate haben den Verf. wenig befriedigt. Mit Ausschluss eines Falles, wo es sich wahrscheinlich um einen Herpes progenitalis handelte, zog sich die Entwicklungsperiode der Schanker oder der Schankerbubonen sehr bedeutend in die Länge. In den Fällen, wo Reinigung der Wunde und Heilung eintrat, erforderte dies durchschnittlich 19 Tage; in der Mehrzahl der Fälle jedoch machte die Exulceration trotz sorgfältigen Gebrauches des Mittels stets weitere Fortschritte, bis Jodoform rasche Heilung herbeiführte. In der Umgebung waren fast stets Entzündungserscheinungen. Das Wundsecret verlor beim Trichlorphenolgebrauch nicht seine Infectionskraft; künstliche oder zufällige Inoculationen gaben ein positives Resultat. Bei exulcerirten primären syphilitischen Indurationen, Ekthyma, gummösen Wunden der Haut und des Unterhautzellgewebes musste das Mittel aufgegeben werden, weil es zu sehr reizte. In einem Falle von syphilitischem Ekthyma auf der Glans trat in wenigen Tagen beim Gebrauch des Mittels Zerstörung eines bedeutenden Theils der Glans ein.

Orr in Texas empfiehlt (29) neuerdings die in Baltimore vor fünf Jahren aus Mexico eingeführte Cascara Amarga (s. diese Vtljhschft. pag. 366, 1882) als gutes Mittel gegen constitutionelle Syphilis, indem er 3 Theelöffel des flüssigen Extractes täglich anordnet.

Lustgarten (30) machte in der Ges. d. Aerzte in Wien eine vorläufige Mittheilung über ein von ihm im Laboratorium des Prof. Ludwig dargestelltes und an der Klinik des Prof. Kaposi bei verschiedenen Syphilisformen angewendetes neues Quecksilberpräparat. Dasselbe ist Hydrargyrum tannicum oxydulatum, ein dunkelgrünes, geruch- und geschmackloses, circa 50% Hg haltiges Pulver, das von, wenn auch sehr verdünnten Alkalien unter Abscheidung äusserst kleiner Quecksilberpartikelchen zersetzt wird. L. hält es für möglich, dass durch die letzterwähnte Eigenschaft das Quecksilbertannat befähigt werde, analog vom Darm, wie die Einreibung von der Haut aus zu wirken, nämlich zur Aufnahme von metallischen Quecksilbertheilchen zu führen, lässt aber diese Frage vor der Hand unentschieden. Bei der 2—3 Decigramme pro die betragenden Gabe wurde in allen daraufhin untersuchten Fällen Hg nach Verlauf von 24 Stunden im Harne nachgewiesen, dagegen alle unangenehmen Nebenerscheinungen von Seite des Magens und des Darmtractes, ebenso wie Stomatitis und Salivation vollständig vermisst. Der therapeutische Erfolg des bis jetzt in 10 Fällen, meistens Recidivformen, darunter solche schwerster Art, angewendeten Präparates war ein so eclatanter, dass er den besten der bis jetzt angewendeten Quecksilberpräparate inclusive der grauen Salbe ebenbürtig an die Seite gestellt werden muss. L. wird seine Untersuchungen fortsetzen.

# Buchanzeigen und Besprechungen.

**Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XIV. Band (Hautkrankheiten). I. Hälfte; herausgegeben von H. v. Ziemssen, bearbeitet v. Auspitz, Babes, Geber, Lesser, Michelson, Neisser, Schwimmer, Unna, Veiel, Weyl, v. Ziemssen.** Leipzig, bei F. C. W. Vogel, 1883.

Der erste Halbband des XIV. Bandes von Ziemssen's Pathologie und Therapie, welcher die Hautkrankheiten behandelt, ist nunmehr erschienen, und wir sollten eigentlich an dieser Stelle eine regelrechte Besprechung der einzelnen, von mehreren Autoren verfassten Theile dieses Buches den Lesern vorlegen. Wir müssen aus naheliegenden Gründen uns dieser Aufgabe entschlagen und darauf verzichten, die eigentlich pathologischen Capitel dieses Buches, wenn sie auch manches Neue und viel Vortreffliches enthalten, kritisch zu behandeln. Bezüglich der ersten zwei Capitel „Anatomie der Haut" von Unna und „Physiologie der Haut" von v. Ziemssen aber sei es uns gestattet wenigstens in Kürze zu erwähnen, dass v. Ziemssen's Darlegung (21 Seiten) eine gedrängte aber vorzüglich zusammengestellte Uebersicht der für den Pathologen wichtigsten physiologischen Verhältnisse der menschlichen Oberhaut gibt, welche auch eigene Versuche des Autors besonders über Resorption umfasst; und ferner, dass Unna's Anatomie (114 Seiten) eine an eigenen Untersuchungen reiche, in der Darstellung abgerundete und doch überaus vollständige, von lehrreichen Abbildungen unterstützte Abhandlung darstellt, welche den neuesten Standpunkten der Wissenschaft und der Lehre allseitig gerecht wird. Die einzelnen Details des Capitels, in welchem die bekannten selbstständigen Arbeiten des Autors über die Hornbildung, über den Haarwechsel, über die Beschaffenheit der Drüsenbälge, über die Nervenendigungen in der Oberhaut u. s. w. natürlich ihren Platz finden, werden am besten im Buche selbst nachgelesen werden.

Auspitz.

**Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesammtorganismus, dargestellt von Dr. H. v. Hebra, Docent an der Universität Wien.** Mit 35 Abbildungen und Holzschnitten. Braunschweig, bei F. Wreden, 1884.

Uns liegt ein neues Lehrbuch der Dermatologie von 550 Seiten vor, welches zuvörderst durch den Namen seines Verfassers, einen in unserer Wissenschaft illustren Namen, Aufmerksamkeit erregt, zweitens aber durch die Art der Behandlung des Gegenstandes, welche sich von der hergebrachten Lehrbuch-Schreibemanier in wesentlichen Stücken unterscheidet.

In erster Beziehung kann füglich behauptet werden, dass etwas mehr als leerer Schall in dem Rechte liegt, einen solchen Namen zu führen; denn es birgt sich darin eine für den speciellen Fall zutreffende wichtige Thatsache: die einer langjährigen strengen, aus erster Hand geschöpften wissenschaftlichen Schulung. In der zweiten Beziehung liegt es uns hier ob, die angedeuteten Eigenthümlichkeiten des vorliegenden Buches etwas näher, wenn auch in aller durch den Raum gebotenen Kürze, ins Auge zu fassen.

Der Verfasser hat sich die Aufgabe nämlich gar nicht leicht gemacht. Anstatt aus zehn Lehrbüchern ein elftes zu componiren; anstatt eine gegebene Schablone von Krankheitstiteln durch etwas neues pathologisches und therapeutisches Detail, hauptsächlich aber durch einige neue stylistische Wendungen dem Leser neuerdings mundgerecht zu machen — hat er, wie schon im Titel angedeutet ist, den Versuch gemacht, die Dermatologie ein wenig vom Specialistenthum zu emancipiren und ihre Darstellung den grossen, allgemein pathologischen Gesichtspunkten mehr anzupassen, als dies in den letzten Decennien geschehen ist. Ich meine damit keineswegs, dass v. Hebra für jede Hautaffection eine allgemeine Stoffwechselerkrankung aufgesucht und damit in Verbindung gebracht hätte, etwa wie dies die Franzosen seit langer Zeit und noch heute gewohnt sind, trotzdem ihr grösster Dermatolog, Rayer, den sie freilich heute fast ignoriren, ganz andere Wege schon vor langer Zeit eingeschlagen hatte. Was dem Verfasser des vorliegenden Buches vorgeschwebt hat, ist die Zurückführung der Hautpathologie auf die allgemeinen physiologisch-pathologischen Typen der Gewebserkrankung, und der ausgesprochene Zweck des Buches ist es, diesem Momente, welches von seinem Vater

nie aus dem Auge gelassen, in den letzten Jahren aber von anderer Seite in mehr directer Weise zur Geltung gebracht worden ist, zum ersten Mal in der Form eines Lehrbuches allgemeine Geltung zu verschaffen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass dieser Versuch mit grossen Schwierigkeiten verbunden war, dass er manchmal im Einzelnen scheitern, manchmal in der Darstellung sein rein wissenschaftliches Gepräge verlieren musste; aber eben so sicher ist es, dass der Versuch mit grösstem Ernste unternommen und mit lobenswerther Energie durchgeführt erscheint.

Das System, welches v. Hebra seinem Lehrbuche zu Grunde legt, ist von dem Verfasser nicht blos als Index benützt, wie dies von den meisten anderen Autoren von Lehrbüchern geschieht. Jeder Autor bindet sich durch die, dem menschlichen Denken unerlässliche und unvermeidliche Einreihung von Krankheits-Individuen in gewisse Kategorien wissenschaftlich die Hände. Wenn nachträglich die Schilderung der einzelnen Symptome nicht in das bewusste Fach passt, ist ein graziöses Ignoriren der systematischen Sackgasse, in die sich der Autor begeben, oder die Behauptung: ein „System" sei Nebensache und eigentlich ganz überflüssig; doch habe der Autor aus ganz besonderer Sorge für die Uebersichtlichkeit des Stoffes ein System, gleichgiltig welches, benützt, nichts weiter als eine — ich möchte beinahe sagen — frivole Ausflucht. Dem hat sich der Autor unseres Buches ehrlich entzogen und seinen Standpunkt von vorne herein klar und scharf herausgesagt. Er verdient dafür aufrichtige Anerkennung.

Was die Durchführung der Aufgabe betrifft, muss zugestanden werden, dass die Definitionen allerwärts präcis gegeben, die Symptome bündig, aber deutlich und klar beschrieben sind und dass die Therapie, wenn auch etwas kurz — (wir wünschen, der Verfasser möchte in einer zweiten Auflage in dieser Beziehung Concessionen machen) — nach den Grundsätzen Ferdinand von Hebra's in rationeller Weise zusammengestellt erscheint.

Bezüglich einiger Capitel kann ich mich freilich mit der Darstellung v. Hebra's nicht völlig einverstanden erklären. Dahin gehört in erster Linie die Begriffsbestimmung der zweiten Classe der „Angio-neurotischen Dermatosen", welche v. Hebra meines Erachtens nicht scharf genug fasst, indem er die relative Unabhän-

gigkeit des localen entzündlichen Vorgangs von der daneben oder gleichzeitig vorhandenen ausgebreiteten, nicht blos localen Störung des Gefässtonus nicht genügend hervorhebt.

In Bezug auf die Pathologie der Prurigo schliesst sich v. Hebra wohl im Allgemeinen der von mir ausgesprochenen Anschauung an, wirft mir aber dabei vor, ich hätte die specifischen, farblosen Knötchen der Prurigo einmal als Entzündungsprodukt, dann wieder als Krampfcontraction der Arrectores pilorum definirt und so eine Inconsequenz begangen. Hier liegt einfach ein Missverständniss zu Grunde; die entzündliche Natur der Prurigoknötchen oder ihr Entstehen in Folge des Kratzens ist von mir niemals und nirgends behauptet worden.

Das Capitel „Pemphigus“ in v. Hebra's Buch endlich kann ich nicht als adaequat meiner eigenen Auffassung und Darstellung (siehe System der Hautkrankheiten 1881, und v. Ziemssen Handbuch der spec. Path. und Ther. I. Theil, allg. Pathologie der Haut, pag. 208—212) ansehen und so noch einiges Andere. Im Allgemeinen aber ist die Literaturkenntniss v. Hebra's, trotzdem sie nirgends vordringlich erscheint, eine ganz ausserordentliche.

Und so kann das schliessliche Urtheil über das vorliegende Buch nur dahin lauten, dass dasselbe sich als eine dankenswerthe Bereicherung der Fachliteratur, als der gelungene und lehrreiche Ausdruck ernster wissenschaftlicher Ueberzeugungen, kurz als eine Arbeit erkennen lässt, welcher die Anerkennung der Wissenschaft und der Dank des ärztlichen Publikums nicht ausbleiben wird. Auspitz.

**I. Neumann: Atlas der Hautkrankheiten. II. Lieferung. In 4° sammt Text. Wien, 1883, bei W. Braumüller.**

Die zweite Lieferung des von Neumann herausgegebenen Atlas der Hautkrankheiten, welche in diesem Jahre ausgegeben wurde, enthält die Tafeln: Miliaria, Purpura variolosa, Vitiligo, Lupus erythematodes, Pemphigus syphiliticus, Eczema marginatum, während die erste Lieferung Eczem, Brom-Exanthem, Sykosis, Psoriasis, Prurigo und Sklerodermie zur Darstellung gebracht hatte. Unter den sechs chromolithographischen Tafeln dieses Heftes, welche sämmtlich nach vortrefflichen Bildern von Jul. Heitzmann angefertigt sind, möchten wir den ersten dreien den technischen Vorrang einräumen. Im Ganzen lässt sich wohl sagen, dass dieser Atlas kaum von irgend einem anderen — es sei denn der berühmte Hebra'sche, welcher längst ver-

griffen ist — an Naturtreue, an Schärfe der Contouren und dabei doch Weichheit der Uebergänge übertroffen wird. Es ist dies um so mehr anzuerkennen und der Atlas allen Aerzten dringend zu empfehlen, als der Preis desselben (10 Mark für jedes Heft, 6 Bilder sammt Text enthaltend) ein ausserordentlich geringer ist. Zu wünschen wäre nur, dass die nächsten Lieferungen der zweiten bald nachfolgen möchten, um die Completirung des Werkes nicht über die Massen zu verzögern. Auspitz.

**A. Kollmann: Der Tastapparat der Hand der menschlichen Rassen und der Affen.** Mit 48 Figuren. Hamburg und Leipzig bei L. Voss. 8°. 78 Seiten und zwei lithogr. Tafeln.

Die vorliegende Schrift ist die erste Arbeit eines jungen Forschers, im Institute von Prof. Rauber in Leipzig durchgeführt. Die Resultate der — wie es bei einem solchen Erstlingswerke ja immer der Fall und leicht zu entschuldigen ist — etwas weitschweifigen Auseinandersetzungen sind dahin gerichtet, was die menschliche Haut betrifft, die Selbstständigkeit der Epidermis dem Cutis-Antheil der Haut gegenüber in Bezug auf das Wachsthum und auf das weitere Verhalten beider nachzuweisen, indem die mechanischen Bedingungen, welche dabei in Frage kommen, eingehend dargestellt werden. Dem Verfasser ist dabei — trotz aller Literaturkenntniss und der peinlich genauen Anführung dessen, was über den einschlägigen Punkt von Autoren gesagt worden ist, welche eigene Untersuchungen darüber gar nie angestellt haben — die schon seit geraumer Zeit publicirte Arbeit des Unterzeichneten (dieses Archiv 1870: „Ueber das Verhältniss der Lederhaut zur Papillarschicht") vollkommen entgangen, trotzdem Herr Kollmann im Grossen und Ganzen zu denselben Anschauungen gelangt ist. Dieselben fanden übrigens jüngst in einem Vortrage, welchen Blaschko in Berlin in der Sitzung der physiol. Gesellschaft vom 7. December 1883 „zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Haut" gehalten hat, entsprechende Würdigung. Der sehr interessante Vortrag des Herrn Blaschko wird im nächsten Hefte dieser Vierteljahresschrift nebst den von ihm in Aussicht gestellten weiteren Mittheilungen referirt werden.

Kehren wir nun zur Schrift des Herrn Kollmann zurück, so befasst sich der letzte Theil derselben mit Untersuchungen über den

Tastapparat der Haut, welche an Fleiss und Genauigkeit der Untersuchung nichts zu wünschen übrig lassen und im Originale einzusehen sind. Auspitz.

**Vergleichende Untersuchungen über die Entwicklung der Blasen in der Epidermis von Dr. Carl Touton, prakt. Arzt. Mit 2 lithogr. Tafeln. Tübingen, 1882 bei F. Fues. 74 Seiten in 8°.**

Eine in Tübingen erschienene Arbeit von Touton, welche uns vorliegt, stellt sich die Aufgabe, die Anatomie und Entwicklung der verschiedenen Formen der Blasenbildung in der Haut näher zu studiren. Der Verfasser bekennt gleich in der Einleitung, dass ihm nur wenig verwerthbares Leichenmaterial zur Disposition gestanden habe; es beschränkte sich nämlich „auf einige Stauungs- und Miliariablasen, auf Impfpocken, auf Variola, auf Hautstücke eines an Pemphigus syphilit. verstorbenen Kindes und auf eine Anzahl von Efflorescenzen eines Erysipelas bullosum; ferner auf einige halb oder ganz vertrocknete Kuhpocken; schliesslich einige durch Application von Reizen selbst an Thieren erzeugte Blasenbildungen". Ich muss nun sogleich mich dahin aussprechen, dass der Verf. wohl im Allgemeinen zu dem Resultate gekommen ist, dass es zwei Hauptgruppen von Blasen gebe, die eine, bei welcher eine Abhebung der Hornschichtlamellen im Einzelnen oder des ganzen Epithels von dem Papillarkörper ohne Degeneration des Epithels stattfindet, eine zweite, bei welcher Exsudat an Stelle der zu Grunde gegangenen Epithelien liegt. Es trifft dies, wie man sieht, ziemlich mit jener Unterscheidung zusammen, die ich zwischen akantholytischer und entzündlicher Blasenbildung aufgestellt und deren Charakteristik ich in meinem System klar zu machen gesucht habe. Hieran muss ich aber sogleich das Bedauern knüpfen, dass der Verfasser bei offenbarer technischer Gewandtheit und grossem Fleisse durch sein ganz unzureichendes Material zu Aussagen und Beschreibungen verleitet worden ist, welche sich nicht rechtfertigen lassen. Es genügt z. B. darauf hinzuweisen, dass der Verfasser aus einigen Bläschen von einem Falle von Pemphigus neonatorum syphiliticus, die er untersuchen konnte, über die Blasenbildung bei Pemphigus überhaupt sich ein Urtheil bilden und es aussprechen zu können glaubt. Unter diesen, zum grossen Theil ohne seine Schuld vorwaltenden Verhältnissen darf es der Autor auch gar nicht übel nehmen, wenn weder seinen Vorstellungen über die Blasenbildung im Allgemeinen, noch

seinen Urtheilen über einzelne histologische Befunde, z. B. über Weigert's Entartung der Stachelzellen bei Variola, über die Natur des Pockenkörpers von Unna, über die Beschaffenheit der Unna'schen Gerinnungsbänder im Rete bei Vesicatorblasen u. s. w. ausschlaggebende Bedeutung beigemessen wird. Auspitz.

**C. Pellizzari. Das Rhinosclerom. Florenz. Le Monnier 1883.**

In einer ungemein eingehenden und fleissig bearbeiteten Monographie hat Pellizzari die Resultate seiner Untersuchungen über das Rhinosclerom niedergelegt. Die Arbeit zerfällt in drei Capitel. Im ersten ist die Geschichte des Rhinoscleroms, welches zuerst von Hebra im Jahre 1870 beschrieben wurde und eine sehr reichhaltige Casuistik enthalten. Das zweite beschäftigt sich mit dem klinischen Verlauf, wobei folgende Definition gegeben wird: „Das Rhinosclerom ist eine eigenthümliche Erkrankung, welche von der Nasenhöhle ausgehend sich von da ausserordentlich langsam entweder nach vorne in dem knorpeligen Theil der Nase und ihrer nächsten Umgebung oder nach hinten in dem weichen Gaumen, Pharynx, Larynx und Trachea ausbreitet, wobei es jedoch immer eine locale Affection bleibt und das lethale Ende nur durch mechanische Störungen bewirkt". Das dritte Capitel, die eigentliche Arbeit des Verfassers, enthält den anatomisch-mikroskopischen Befund, wonach die eigenthümliche Erkrankung in Folgendem bestehen soll: „Auftreten von Rundzellen zwischen Schleimhaut und Haut in der Naso-Pharyngeal-Gegend mit successivem Infiltrat der benachbarten Gewebe, Anhäufung dieser Zellen um die Gefässe herum und damit im Zusammenhang Ernährungsstörungen der Schweiss-, Schleim- und Talgdrüsen mit Ausfallen der Haare; ungeheure Vermehrung der Rundzellen mit Uebergang in die Spindelform; davon herrührend partielle Verhärtungen der erkrankten Gewebe, oder Auftreten von Fungositäten und Schwellungen; Substitution durch ein retractiles fibröses Gewebe mit consecutiven Deformationen; Uebergang zu weiteren fortschreitenden Metamorphosen des fibrösen Gewebes, nämlich Neubildung von Knorpel- und Knochengewebe; Epithelien, Muskelfasern und Knorpel gehen die regressive Metamorphose in Granulationsgewebe ein und es ergibt sich eine hyaline oder Colloid-Degeneration. Dabei bleibt die Erkrankung local und wiederholt sich nicht in anderen Partien". Nach diesem Befunde kommt Verfasser zu der Schlussfolgerung, dass es sich beim Rhinosclerom keineswegs um

ein Neoplasma oder eigentlichen Tumor handelt. Vielmehr hält Verfasser das Rhinosclerom für ein chronisch entzündliches Produkt nach Art der Lepra, Keloid, Lupus etc. Als Reizursache zu dieser chronischen Phlogose nahm Verfasser die Anwesenheit von Mikroorganismen a priori an und fand diese Annahme durch seine weiteren Untersuchungen bestätigt. Vor Erscheinen dieser Arbeit hatte jedoch schon Frisch Bacillen im Rhinosclerom beschrieben. Trotzdem nimmt P. die Priorität für sich in Anspruch und schildert diese Mikroorganismen als sehr kurze Stäbchen, welche meist paarweise innerhalb der Zellen gegen die Peripherie derselben zu finden sind. Vorzugsweise sieht man sie in jenen Zellen, welche bereits eine hyaline Degeneration eingegangen sind. Schiff.

**J. L. Milton: On the Pathology and Treatment of Gonorrhoea. 5. Auflage. London, H. Renshaw 1883. 399 Seiten in 8°.**

Das vortreffliche Buch Milton's über Gonorrhöe, welches uns in fünfter Auflage vorliegt, weist viele Verbesserungen seit dem Erscheinen der ersten Auflage auf. Insbesondere die Kapitel über den chronischen Tripper, über Gonorrhöe bei Weibern, über Orchitis, über Tripper-Rheumatismus sind vermehrt und umgearbeitet, jene über gonorrhoische Affectionen des Herzens und Herzbeutels, des Bauch- und Brustfells, der Dura mater cerebri et spinae dorsalis, über Pyämie, über Pyelitis u. A. neu hinzugekommen. Die Auffassung der pathologischen Verhältnisse und jene der Arzneiwirkungen ist eine vorurtheilslose und auf selbstständiger Prüfung in jedem Detail beruhende, die Darstellung eine geradezu verlockende, wie sie uns Deutschen zum Muster dienen sollte, die Literaturkenntniss vollständig. In Bezug auf die Pathologie der chronischen Urethritis und ihre Behandlung mittelst des Endoskops schliesst sich der Verf. im Schlusskapitel des Buches rückhaltslos jenen Anschauungen an, welche Auspitz im Jahre 1879 in dieser Vierteljahresschrift veröffentlicht hat, und gibt ein ausführliches Resumé derselben.

**Ravogli: The Endoscope in diseases of the male urethra. Sep.-Abdruck aus „Cincinnati Lancet and Clinic" Vol. XI. 32 Seiten. Cincinnati 1883.**

Eine vortreffliche Darstellung unserer praktisch verwerthbaren Kenntnisse über Endoscopie der Harnröhre gibt Dr. A. Ravogli,

früher Assistent der dermat. Lehrkanzel in Rom, jetzt prakt. Arzt in Cincinnati, welcher längere Zeit hindurch in Wien die einschlägigen Fachstudien betrieben hatte. Der Verfasser schliesst sich im Grossen und Ganzen den Anschauungen von Auspitz an, ohne jedoch die Arbeiten anderer Forscher wie Grünfeld, Gschirhakl, Tarnowsky zu vernachlässigen. Die Darstellung ist auf zahlreiche und wohl benützte eigene Erfahrungen und Krankengeschichten begründet und liefert einen lehrreichen Einblick in das wichtige, leider bisher noch ziemlich vernachlässigte Capitel.

---

# Varia.

## American Dermatological Association.

Die siebente Jahresversammlung der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft fand in Sagamore House, Green Island, Lake George, vom 29. bis 31. August 1883 unter dem Vorsitz des Prof. R. W. Taylor aus New-York statt. Folgende wissenschaftliche Arbeiten wurden verlesen und der Discussion unterzogen: Dr. H. G. Piffard: Behandlung der Acne; Dr. Hyde: Studien über die Coincidenz der Syphilis und nicht syphilitischer Hautaffectionen; Dr. Graham: Ueber allgemeine exfoliative Dermatitis; Dr. Stelwagon: Ueber Impetigo contagiosa; Dr. Robinson: Ueber Alopecia areata; Dr. Duhring: 1. Ueber den Werth des Schwefelzinks bei der Behandlung des Lupus erythematosus; 2. Bericht über einen Fall von Ainhum, nebst mikroskopischer Prüfung; Dr. Atkinson: Ein Fall von multipler kachektischer Ulceration; Dr. Sherwell: 1. Pseudo-Psoriasis der Hand; 2. Maligne Papillar-Dermatitis; Dr. Bulkley: 1. Ueber einen bisher noch nicht beschriebenen vegetabilischen Parasiten des Menschen; 2. Klinische und experimentelle Studien über Pruritis; Dr. Van Harlingen: Versuche über die Anwendung von Naphtol.

Für 1884 wurden gewählt: zum Präsidenten abermals Prof. R. W. Taylor, zu Vice-Präsidenten Dr. van Harlingen (Phil.) und Dr. Graham (Toronto), zum Secretär Dr. Alexander (New-York) und zum Oekonomen Dr. Rohé (Baltimore).

---

## Achter internationaler medizinischer Congress in Kopenhagen (1884).

Das Organisations-Comité des 8. internationalen medizinischen Congresses zu Kopenhagen (1884) ersucht um Weiterverbreitung folgender Mittheilung:

Indem wir in Erinnerung bringen, dass der achte internationale medizinische Congress (in Uebereinstimmung mit der bereits durch die medizinischen Zeitschriften verbreiteten Bekanntmachung) vom 10.—16. August 1884 in Kopenhagen abgehalten werden wird, haben wir die Ehre Ihnen mitzutheilen, dass das behufs der Vorbereitung der Arbeiten constituirte allgemeine Organisations-Comité aus folgenden, in oder nahe bei Kopenhagen wohnenden Mitgliedern besteht:

Präsident: Prof. Dr. P. L. Panum.
Generalsecretär: Prof. C. Lange.
Secretäre: Dr. O. Bloch, Dr. C. J. Salomonsen u. Oberarzt Joh. Moller.
Kassierer: Prof. Dr. E. Hansen-Grut.

nebst den Vorsitzenden der Spezial-Comités der

Section für Anatomie: Prof. Chievitz.
„ „ Physiologie: Prof. Dr. P. L. Panum.
„ „ allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie: Prof. Dr. C. Reisz, Frederikshospital.
„ „ Medizin: Prof. Dr. F. Trier, Communehospital.
„ „ Chirurgie: Prof. Dr. Holmer, „
„ „ Hygieine und Staatsmedizin: Dr. E. Hornemann.
„ „ Militärmedizin: Generalstabsarzt Salomon.
„ „ Psychiatrie und Nervenkrankheiten: Prof. Dr. Sternberg (St. Hans-Hospital bei Roeskilde).
„ „ Geburtshilfe } Prof. Dr. Stadfeldt u. Prof. Dr. Howitz.
„ „ Gynäkologie }
„ „ Pädiatrik: Prof. Dr. Hirschsprung.
„ „ Ophthalmologie: Prof. Dr. E. Hansen-Grut.
„ „ Hautkrankheiten und Syphilis: Prof. Dr. Haslund.
„ „ Otologie: Dr. W. Mayer.
„ „ Laryngologie: Dr. W. Mayer.

Die für die genannten Sectionen constituirten Spezial-Comités haben sich nach Bedürfniss mit Mitgliedern ergänzt, welche ausserhalb

Kopenhagens, theils in Dänemark, theils in den übrigen skandinavischen Ländern wohnen.

Damit die Versammlung, welche hoffentlich recht viele ausgezeichnete, der medizinischen Wissenschaften beflissene Männer umfassen wird, möglichst fruchtbringend werden möchte, werden die Organisations-Comités, in Verbindung mit hervorragenden Männern in den verschiedenen Fächern und Ländern (in ähnlicher Weise, wie es auf den nächst vorhergehenden Congressen geschehen ist), ein Programm zu stande zu bringen suchen. Dieses Programm nebst den Statuten wird alsdann denjenigen Herren Collegen zugeschickt werden, von welchen angenommen werden kann, dass sie sich für die Arbeiten des Congresses interessiren und dass sie an denselben theilzunehmen geneigt sind.

Für das möglichst frühzeitige Erscheinen des Programms ist es sehr wünschenswerth, dass Mittheilungen, welche auf die Arbeiten des Congresses Bezug haben und welche vom Comité dankbar angenommen werden, von dem 1. October d. J. an dem unterzeichneten Generalsecretär eingesandt werden, damit dieselben bei Abfassung des definitiven Programms berücksichtigt werden können.

Einem jeden zur Theilnahme am Congresse Berechtigten, welcher vor dem genannten Termin dem Generalsecretär sein Interesse für den Congress und seine Absicht eventuell an demselben theilzunehmen, zu erkennen gibt (wo möglich mit Bezeichnung derjenigen Section, welcher er sich vorzugsweise anzuschliessen beabsichtigt) wird das Programm nebst den Statuten so frühzeitig als möglich zugestellt werden.

Kopenhagen, Juni 1883.

P. L. Panum, Präsident. C. Lange, Generalsecretär.

## Die Section für Dermatologie und Syphilis.

Wie Sie aus der beifolgenden Mittheilung ersehen werden, wird die achte Session des internationalen medizinischen Congresses nächstes Jahr in Kopenhagen stattfinden. In der Hoffnung, dass Sie den Congress durch Ihre Gegenwart beehren werden, und namentlich in der Erwartung, dass die Section für Dermatologie und Syphilis auf Ihre Mitwirkung rechnen darf, erlaubt sich das Organisations-Comité der genannten Section, welches ausser den Unterzeichneten noch die Herrn Prof. Bergh, Dr. Borch, Dr. Engelstedt und Dr. Holm zu seinen Mitgliedern zählt, Ihnen hierdurch ein Verzeichniss derjenigen

Fragen zu schicken, welche es als vorzüglich geeignet gedacht hat, zur Verhandlung in den Sitzungen der Section zu kommen.

Wir fügen die Bitte hinzu, dass Sie, falls Sie es wünschenswerth finden, dass in diesem vorläufigen Programme Veränderungen oder Hinzufügungen gemacht werden, Ihre Meinung oder etwaige Vorschläge in dieser Rücksicht dem unterzeichneten Präsidenten wo möglich bis zum 1. November d. J. gütigst mittheilen werden.

Kopenhagen, Septbr. 1883.

Dr. A. Haslund,
Präsident des Organisations-Comité der Section für Dermatologie und Syphilis.

Dr. E. Pontoppidan,
Secretär.

Verzeichniss der Fragen, die für Mittheilungen oder Discussion in der Section für Dermatologie und Syphilis vorgeschlagen werden:

1. Ueber den syphilitischen Ursprung der Tabes dorsalis.
2. Die Behandlung der Syphilis mit mercuriellen Injectionen.
3. Die Excision der Initialsklerose als abortive Behandlungsmethode.
4. Die Aetiologie des Aussatzes.
5. Ueber eine neue Systematik in der Hautpathologie.
6. Die Aetiologie des Lupus vulgaris.
7. Die Pathogenese des blennorrhoischen Rheumatismus.
8. Ueber den Zeitpunkt des Aufhörens der Ansteckungsfähigkeit der Gonorrhöe.
9. Die Bedeutung der Mikroorganismen in den früher als nichtparasitär betrachteten Hautkrankheiten.

---

## Ausschreibung eines Preises,

die Cultur des Vaccine-Contagiums betreffend.

## The Worshipful Company of Grocers, London.

**Original-Forschung auf dem Gebiete der Sanitätswissenschaft.**

Erster vierjährlicher Preis für Entdeckungen: 1000 Pfund Sterling.

Pro 1883—1886.

In Gemässheit des zu Grunde liegenden Entwurfes der Zunft kündigt das Zunft-Collegium als den Gegenstand der Bewerbung um den genannten Preis die nachstehende Aufgabe an:

„Eine Methode zu finden, welche gestattet, das Vaccine-Conta-
„gium ausserhalb des Thierkörpers in irgend einem sonst nicht
„zymotischen Material zu cultiviren, so dass das Contagium
„unbegrenzt in immer neuen Generationen fortgepflanzt werden
„könne und das Produkt einer beliebigen Generation (soweit sich
„dieses innerhalb des zur Prüfung verfügbaren Zeitraumes be-
„stimmen lässt) von derselben Wirksamkeit sich erweise, wie
„echte Vaccinelymphe."

Der Preis steht der allgemeinen Bewerbung offen, sowohl in England als ausserhalb.

Bewerber um den Preis müssen ihre resp. Abhandlungen bis einschliesslich den 31. December 1886 einreichen; und die Entscheidung soll hierauf erfolgen, sobald die Umstände der Bewerbung es gestatten, spätestens im Mai des Jahres 1887.

Sowohl mit Bezug auf den Preis für die Entdeckung als auch bezüglich aller anderen Punkte des der Unterstützung der Sanitäts-Wissenschaft geltenden Entwurfes der Zunft zieht das Collegium bei seinen Handlungen ein wissenschaftliches Comité zu Rathe, das zur Zeit aus folgenden Mitgliedern besteht: Mr. John Simon, Comthur des Bath-Ordens, Mitglied der „Royal Society", Mr. John Tyndall, Mitglied der „Royal Society", Dr. med. John Burdon-Sanderson, Mitglied der „Royal Society", und Dr. med. George Buchanan, Mitglied der „Royal Society".

Grocer's Hall, den 30. Mai 1883.

Die Grosshändler-Zunft.

# Bibliographie vom Jahre 1883.

## Dermatologie.

Erstes Verzeichniss.

Airy, H. On an outbreak of small-pox at Bourne Bridge in the Ongar Union. (Essex.) — Report of the Med. Off. Local Governm. Bd. 1881. London, 1882, p. 100—105.

Alsberg, A. Keloid des Rückens. — Arch. für klin. Chirurgie. Berlin, 1882—83, XXVIII, p. 749.

Alsberg, A. Carcinome des Gesichts und der Stirn. — Ebenda, p. 727.

Andeer, J. Resorcin bei Anthrax. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, p. 6.

Andeer, J. Das Resorcin bei Hautleiden. — Wiener med. Presse XXIV, p. 300—302.

Apolant, E. Ein Beitrag zur Pockenstatistik. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 119.

Armauer Hansen, G. Fortsatte studier over bacillus leprae. C. r. culture du bacillus de la lèpre Nr. 31. — Nord. med. Arkiv. Stockholm, 1882, XIV, Nr. 29, p. 9—19.

Aubert, P. Le traitement du lupus à l'Antiquaille. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 123—134.

Baker, W. M. Acne-Keloid; dermatitis papillomatosa capillitii. — Transactions of the path. soc. of London, 1881—82, XXXIII. p. 367—370 u. 1 Taf.

Ballard. On an epidemic of scarlatina in Halifax. — Report Med. Off. Local Governm. Bd. 1881. London, 1882, p. 60—69.

Barocchini, E. C. Circa un caso di dermatosi occorsa nell' ospedale militare di Firenze. Roma, 1882. 8°. — Aus: Giornale di med. milit.

Barthélemy. Procès-verbal de visite d'un lépreux en 1464 et relation juridique d'une autopsie en 1499. — Recueil d. actes du comité méd. d. Bouches-du-Rhône. Marseille, 1881—82, XX, p. 116—122.

Bartow, B. Erysipelas occurring with parturition. — Buffalo med. and surg. Journ. 1882—83, XXII, p. 318—321.

Baruch, M. Ueber drei interessante Fälle von Hauterkrankung. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 18—22.

Baruchello, L. Le cause del carbonchio nel Polesine (s. l.) 1882, 16°. — Aus: Giornale di med. veterin.

Barwell, R. Clinical lecture on a rapidly successful treatment of erysipelas. — Lancet. London, I, p. 400.

Bastian, C. Case of cancer of the pancreas, with secondary nodules in other internal organs and in the skin; death; autopsy. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 64.

Bazin. Dermatoses. — Dictionn. encyclop. d. scienc. méd. Paris, 1882, 1 Sér. XXVII, p. 640 u. ff. XXVIII, p. 1—267.

Beach, W. Epidemic of impetigo contagiosa. — Med. Record. New York, XXIII, p. 63.

Beaudère, Henri. Contribution à l'étude des sueurs locales. Thèse. Paris, 4°, p. 64.

Behrend, G. On vaccine skin eruptions. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1882—83, IX, p. 463—467.

Bendall, H. Clinical notes on a case of farcy in man, with remarks on its pathology. — Transact. of the Perthshire med. assoc. Perthshire, 1882, I, p. 53—59.

Bendall, H. B. On some microscopic specimens from a case of acute farcy in man. — Transactions of the pathol. society of London. 1881—82, XXXIII, p. 417—419 u. 1 Taf.

Beneke. Ueber die Quantität des am menschlichen Körper producirten Horngewebes, speciell der Nägel u. Haupthaare. — Sitzungsbericht d. Gesellsch. z. Beförderung der gesammten Naturwissensch. zu Marburg. 1880, p. 52—54.

Benson, A. Primary lupus of the conjunctiva. — Dublin Journ. of med. science. 3 Ser. LXXV, p. 78.

Bergh, R. Tilfaelde af abnorm cutan pigmentose (Anthropoleopardalisdermia, Orsi). Kjobenhavn, 8°, p. 14. (Aus Hospitals-Tidend.)

Biart, C. M. G. Psoriasis following scarlet fever. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 163—165.

Blix, M. Experimentela bidrag till lösning af fragan om hudnervernas specifika energi. (Specifische Energie der Hautnerven.) — Upsala Laekareforenings Förhandlingar. XVIII, p. 87—102 u. 1 Taf.

Böing. Die medicinische Statistik im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf die Pocken- und Impffrage. (Pocken-Epidemie in Essen a. d. Ruhr 1881—82.) — Berliner klin. Wochenschr. XX, pp. 71, 82, 100.

Bókai, J. jun. Die acute Gelenkentzündung als eine der Complicationen bei Scharlach. — Jahrb. f. Kinderheilk. Leipzig, 1882, N. F. XIX. p. 309—317.

Bompaire. Note sur un cas de pustule maligne. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 203.

Bottini, E. Elefantiasi del pene, dell scroto e dell' arto inferiore sinistro; operata e guarita. — Gazz. d. ospedale. Milano, IV, pp. 10, 18.

Bouis, Olivier. De la dactylite unguéale scrofuleuse chez les enfants. Thèse. Paris, 4°, p. 45.

Bowen, W. S. Report of a case of laryngeal lupoid ulceration. — Transact. of the Rhode Island med. society. 1882. Providence, 1883, II, pt. 6, p. 487—494.

Boyd, S. A case of farcy, with sections of pustules on the skin and mucous membranes. — Transactions of the pathol. society of London, 1881—82, XXXIII, p. 420—423.

B. P. Pasteur's Schutzimpfung gegen den Milzbrand vor der deutschen Kritik. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1882, VIII, pp. 687, 697, 712.

Bronson, E. B. Eczema, its pathology and principles of treatment. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 129—141.

Brooks, R. F. Notes on vaccination and a few inoculations. — Transactions of the med. associat. of Missouri. St. Louis, 1882, XXV, p. 145—158.

Browne, O. A case of locomotor ataxy, associated with perforating ulcer of the foot. — St. Bartholom. Hosp. Report. London, 1882, XVIII, p. 301—303.

Buchner, H. Die Umwandlung der Milzbrandbakterien in unschädliche Bakterien und die Entgegnung Koch's an Pasteur. — Virchow's Archiv. Berlin, XCI, p. 410—422.

Bucquet, Henri. Du traitement de la variole par la médication éthérée-opinacée. Thèse. Paris, 4°, p. 99.

Bulkley, L. D. Note concerning a convenient method of applying lotions to the hairy scalp. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 145.

Butlin, H. T. Two cases of myxoma. — Transactions of the pathol. society of London, 1881—82, XXXIII, p. 324—326 u. 1 Taf.

Butlin, H. T. Squamous epithelioma (squamous-celled carcinoma) of the upper jaw. — Ebenda, p. 327.

Casseday, F. F. Diseases of the eye resulting from small-pox with a case of ulceration of the cornea. — Med. Call, Quincy Ill. III, p. 68—71.

Cellier, M. Traitement des verrues. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LIV, p. 117.

Chambard, E. Revue générale sur l' anatomie pathologique de la peau. — Annales de dermat. et de syph. Paris, 1882, 2 Sér., III, pp. 413, 551.

Chambard, E. Contribution à l'étude de la transformation cancéreuse des neoplasmes bénins de la peau. — Ebenda, 1883, 2 Sér., IV, p. 61—70.

Charles, N. Institut vaccinal de Liège. Expériences d'inoculation à l'aide des différents vaccins; vaccination de bras à bras, au moyen de cow-pox et de diverses préparations de vaccin animal. — Journ. d'accouch. Liège, 1882, III, p. 243.

Chaussat, Alphonse Eugène. Traitement des ulcères calleux par les scarifications radiées. Thèse. Paris, 4°, p. 43.

Cherepnin, N. T. K voprosu ob ospoprivivanii. (Ueber Vaccination.) — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXII, pp. 134, 149, 165.

Clutton. Development of keloid after scraping for lupus. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 107.

Collie, A. Remarks on the vaccino-erysipelas inquiry at Norwich. — Sanitary Record. London, 1882—83, N. S.; IV, pp. 99, 202.

Conner, P. S. Elephantiasis of the vulva. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. X, p. 108.

Coxwell. Case of a child, aged thirteen, with symptoms resembling those of myxoedema. — British med. Journ. London, I, p. 110; auch Lancet. London, I, p. 101.

Creighton, C. Three cases of tumour arising from skin-glands in

the dog; showing the connection between disorder of the glandular structure and function and cancerous invasion of the connective tissue. — Med.-chir. Transact. London, 1882, LXV, p. 53—70 u. 2 Taf.

Crooke, G. F. On cases of bacilli in scarlet fever. — Lancet. London, I, p. 357.

Cuboni, G. Micromiceti delle cariossidi di grano turco in rapporto colla pellagra. — Arch. di psichiat. etc. Torino, 1882, III, p. 353—364 u. 2 Taf.

Davies-Colley, J. N. C. Notes of two cases of malignant pustule, together with a table of seventeen cases treated at Guy's Hospital, with a report on the microscopical examination of section of skin affected with malignant pustule, removed during life, by F. C. Turner. — Medic.-chir. Transactions. London, 1882, LXV, p. 237—256 u. 2 Taf.

Davies-Colley. Cases of anthrax. — British med. Journ. London, I, p. 459.

Descroizilles. Des teignes et de leur traitement. — Praticien. Paris, VI, p. 89—91.

Dolan, T. M. Vaccination, its place and power. — Med. Press and Circular. London, N. S., XXXV, p. 93—96.

Doran, A. Horny growth from the neck. — Transactions of the pathol. society of London, 1881—82, XXXIII, p. 337.

Dreyer, W. Morbus maculosus Werlhofii. — Hospitals-Tidende. Kjobenhavn. 3 R. I, p. 73—76.

Du Castel. Des diverses espèces de purpura. Thèse. Paris, 4°, p. 96.

Duckworth, D. On the relationship of some forms of integumentary atrophy. — Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 616—619.

Duckworth D. and V. D. Harris. Case of area Celsi (porrigo decalvans) in which the parts were examined after death. — Transactions of the pathol. society of London, 1881—82, XXXIII, p. 386—390 u. 1 Taf.

Duhring, L. A. Trattato pratico delle malattie cutanee: versione italiana autorizzata sull' ultima ediz. americana del A. Scambelluri. Napoli, 1882, 8°.

Dulles, C. W. Note on a case of eczema of the face in an infant. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 124.

Ebstein, W. Zur Aetiologie der Alopecia areata (Area Celsi). — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1882, VIII, p. 724.

Eger, jun. Die jetzt herrschende Scharlach-Epidemie. — Jahresber. der schlesisch. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur (1881). Breslau, 1882, LIX, p. 240—252.

Engel, H. Animal vaccine virus compared with humanized lymph. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 424—427.

Espagne, A. La variole au Cap de Bonne-Espérance. — Gaz. hebdomad. d. sciences méd. de Montpellier. V, p. 37.

Eulenburg, A. Ueber progressive Gesichtsatrophie u. Sclerodermie. — Zeitschr. f. klin. Med. Berlin, 1882—83, V, p. 485—500.

Evans, J. G. Anthrax in Cachar and Manipur, India. — Veterinary Journ. and Annals of comparat. pathol. London, 1882, XV, pp. 298, 377; 1883, XVI, pp. 23, 99.

Eve, F. S. Adenomo of the cutaneous gland partially calcified. — Transactions of the pathol. Soc. of London, 1881—82, XXXIII, p. 325 u. 1 Taf.

Eve, F. S. Three cases of perforating ulcers of the foot. — Ebenda, p. 283.

Falligant, L. A. A peculiar exhibition of quinia poisoning; scarlatinoid. — New Engl. med. Gaz. Boston, XVIII, p. 120.

Fazio, F. Patologio e terapia generale della porpora emorragica. Napoli, 1882, 8°.

Fehleisen. Die Antiologie des Erysipels. Berlin, 8°, p. 38.

Fenwick, B. A case of Addison's disease without bronzing. — Transactions of the path. soc. of London, 1881—82, XXXIII, p. 347—360.

Finger, E. Beitrag zur Kenntniss der Miliartuberculose der Mundschleimhäute und äusseren Haut. — Allgemeine Wiener med. Zeitg. XXVIII, pp. 33, 46.

Fiol de Perera, A. La viruela (variola). — Gaceta de med. y farm. Montevideo, 1881—82, I, p. 94—99.

Foster, A. H. Scarlet fever in one family. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 243—245.

Fournier, A. Lésions de l'épiderme des mains et des pieds, eczematiformes et pemphigoides symptômatiques de troubles trophiques consécutifs à une dermatite exfoliatrice probable. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 151—156.

Fox, G. H. The treatment of lupus. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 237.

Fox, G. H. The treatment of urticaria. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 197—202.

Fox, G. H. Treatment of chronic urticaria. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 168.

Fox, G. H. Observaciones sobre el desarrollo del tricophytosis cruris o herpes circinato. — Repertor. med. New York, I, p. 3 u. 1 Taf.

Fox, T. and T. C. Fox. Epitome of skin diseases with formulae for students and practitioners. IIId edition. London, 12°.

Fox, T. C. Two cases of so-called erythema gangraenosum. — British med. Journ. London, I, p. 57.

Friedländer, C. Ueber Nephritis scarlatinosa. — Fortschritte d. Med. Berlin, I, p. 81—89; auch: Wiener med. Presse. XXIV, p. 270—273.

Furnée, G. J. H. Beri Beri door J. A. Lodewijks. — Nederlandsch milit. geneeskund. Arch. Utrecht, 1882, VI, p. 725—744.

Fürst, L. Bericht über die Thätigkeit der Anstalt für animale Impfung zu Leipzig im Jahre 1881. — Corresp.-Blatt d. ärztl. Kreis- u. Bezirks-Vereins im Königr. Sachsen. Leipzig, 1882, XXXIII, p. 55—59.

Geffroy, A. Étude sur les affections cutanées survenant dans le cours ou à la suite de la fièvre typhoide. Thèse. Paris, 4°, p. 68.

Gerne, P. Des éruptions cutanées causées par les médicaments. — Concours méd. Paris, V, p. 122—126.

Goodhart, J. F. Case of Addison's disease; bronzing of the skin for eight years; atrophy of the suprarenal capsules. — Transact. of the pathol. soc. of London, 1881—82, XXXIII, p. 346.

Graham, J. E. Psoriasis following urticaria papulosa. — Canada Practitioner. Toronto, VIII, p. 106—108.

Greffier, L. Des affections cutanées de l'enfance; étiologie et traitement. — France méd. Paris, I, p. 49—52.

Griffith, G. de G. On unity of poison of scarlatina, typhoid, and puerperal fevers, diphtheria, erysipelas etc. — Midland med. Miscel. Leicester, 1882, I, p. 85.

Grocco, P. Il mixoedema e la malattia di Bright. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIII, p. 3—24.

Guerlain-Dudon. Cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou. — Bulletin et mémoires de la soc. de chir. de Paris. 1882, N. S. VIII, p. 783—788.

Guibout, E. Note sur un cas d'érysipèle de l'estomac. — France méd. Paris, 1882, II, p. 897.

Guibout, E. Thérapeutique générale des maladies de la peau. — France méd. Paris, 1882, II, pp. 470, 550, 565.

Guy, W. A. Two hundred and fifty years of small-pox in London. — Med. Times and Gaz. London, 1882, II, pp. 404, 493, 524.

Halliburton, W. Vaccination. — St. Louis Courier of med. IX, p. 322—328.

Hallopeau, H. et Tuffier. Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — L'Union méd. Paris, 3 Sér. XXXV, p. 86—91.

Handtmann, Johann. Ueber Hautveränderungen bei septischen Erkrankungen. Inaugural-Abhandlung. Halle a. S. 1882, 8°, p. 40.

Hardaway, W. A. Pigmented neoplasm of the skin. Report of the microscopical appearance of the growth, by Heitzmann. — Transactions of the americ. dermat. associat. (1882.) Chicago, 1883, VI, p. 39—47.

Harlingen, A. Notes on the management of ringworm of the scalp (Tinea tonsurans). — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 325.

Haussmann, D. Ueber die Bedeutung der wunden Brustwarzen. — Centralblatt f. Gynäk. Leipzig, VII, p. 121—123.

Havas, A. „Mycosis fungoides“ (Alibert) egy esete. — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, pp. 10, 58; deutsch in Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 200.

Heath, F. A case of perforating ulcers on both feet. — Lancet. London, I, p. 452.

Hehle. Ferrum sesquichloratum solutum gegen Onychien. — Wiener med. Presse. 1882, XXIII, p. 1643.

Henoch. Ueber prophylaktische Massregeln bei Scharlach und Diphtherie. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 149.

Hertzka, H. Omphalitis bei einem frühgebornen Knaben, mit nachfolgender Diphtherie des Nabels, der Nase, beider Ohren, Durchbohrung des Trommelfells; Tod. — Archiv f. Kinderheilk. Stuttgart, 1882—83, IV, p. 108—111.

Herzberg, Salomon. Ueber Erysipelas faciei. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°. p. 32.

Hirigoyen, L. Épithélioma primitif de la vulve. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1882—83, XII, p. 226.

Hofmokl. Anthrax an der Nasenspitze; geheilt. — Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien (1881). 1882, p. 397.

Hofmokl. Lupus faciei; Heilung durch Auskratzung mit dem scharfen Löffel und nachfolgender Tamponade der Wunde mit Liquor ferri sesquichlorati. — Ebenda, p. 402.

Hoggan, G. und Frances E. Hoggan. Histologisches über Urticaria pigmentosa. — Monatshefte für prakt. Dermatol. Hamburg, II, p. 44—51.

Hole, J. M. Hog lard; the sine qua non for „scarlet fever". — Peoria med. Monthly. 1882—83, III, p. 423.

Horlbeck, H. B. Scarlet fever as it affected the white and colored race, comparatively, in Charleston S. C. during the spring an summer of 1881. — Americ. public health associat. Report 1881. Boston, 1883, VII, p. 291.

Hoyt, W. D. Sulphate of zinc as a specific in scarlet fever. — Nashville Journ. of med. and surg. XXXI, p. 71.

Hubbard, T. W. Three cases of epithelial cancer; two of the lower lip and one of the cheek. — British med. Journ. London, I, p. 105.

Hunt, E. M. Brief notes on variola and vaccina. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 351—354.

Hurd, A. A paper on the close relation and probable identity existing between scarlatina and diphtheria. — Detroit Lancet. 1882—83, N. S. IV, p. 337—342.

Hutchinson, J. A second report on a case of double hemiplegia of infants, with iditocy and a transitory dermatitis. — Transact. of the path. soc. of London. 1881—82, XXXIII, p. 27—31.

Hutchinson, J. On certain diseases allied to erysipelas. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 4—6.

Hutchinson, J. On gangrenous eruptions in connection with vaccination and chicken-pox. — Med.-chir. Transactions. London, 1882, LXV, p. 1—12 u. 1 Taf.

Hyde, James Nevins. A practical treatise on disease of the skin, for the use of students and practitioners. Philadelphia, 8°, p. 572. — Auch London, 8°.

Hyde, J. N. A clinical study of dermatitis papillaris capillitii. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 33, 78.

Ingals, E. Infection of scarlet fever. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 31.

Israel, O. Ueber die Bacillen der Rotzkrankheit. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 155.

Jackson, G. T. A study of herpes zoster; with special regard to its etiology. — Med. Record. New York, XXIII, p. 90—92.

Jannes, Peter. Ueber die drei Typhusformen. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882. 8°. p. 52.

Jennings, R. G. Small-pox in Little Rock; abstract of a report. — Report of the board health Arkansas 1881—82. Little Rock I, p. 75—80.

Johnstone, J. J. Idiopathic erysipelas in an infant. — British med. Journ. London, I, p. 407.

Jordan, R. C. R. The Ingelby lectures. Lectures 2 and 3: Scarlatina; facts. — Birmingham med. Review. 1882, XII, pp. 69, 111, 155, 222, 255.

Kaltenbach. Erosionen der Brustwarze als puerperale Infectionsstelle. — Centralbl. f. Gynäk. Leipzig, VII, p. 65–72.

Kaposi, M. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen, für Aerzte und Studirende. II. Aufl. 2. Hälfte. Wien. 8°.

Kinnicutt, E. P. Two attacks of scarlet fever in the same individual within a period of eights months. — Med. Record. New York, XXIII, p. 232.

Klein, A. Ueber die Behandlung der Zellgewebsentzündung nach Lister. — Mittheil. d. Wiener med. Doct.-Coll. 1882, VIII, pp. 217, 233, 252, 275.

Klein, E. On the relation of pathogenic to septic bacteria, as illustrated by anthrax cultivations. — Report Med. Off. Local Governm. Bd. 1881. London, 1882, p. 166—206 u. 3 Taf.; auch Quarterly Journ. of microsc. science. London, 1883, N. S. XXIII, p. 1—68.

Knox, A. W. Vaccination; its history and present status; the relation of the public and the profession to it. — Transactions of the med. society of North Carolina. Wilmington, 1882, XXIX, p. 151—173.

Koch, R. La vaccination charbonneuse. — Revue scient. Paris, XXXI, p. 65—74.

Koch, R. L'inoculation préventive du charbon. Réplique au discours prononcé à Genève par M. Pasteur. Kassel et Berlin, 8°, p. 40.

Koster, W. Het miltvuur en het praeventief inoculeeren daarvan. — Nederlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 93—98.

Kruszka, T. Agaricus albus mit Erfolg angewandt gegen Sudorrhoe. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, 1882, LI, p. 1305.

Küster, E. Spontangangrän des Unterschenkels nach Scarlatina; Amputatio femoris; Tod. — Aus dessen: „Ein chirurg. Triennium", Berlin, 1882, 8° in Med.-chir. Central-Bl. Wien, 1882, XVIII, p. 579.

Küster, E. Elephantiasis cruris durch Unterbindung der Arteria femoralis; Heilung. — Ebenda, p. 566.

Kuvshinski, P. D. i E. A. Pastor. Techenie temperaturi pri skarlatine. — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, III, p. 33—38.

Kuznetsov, A. Ch. Izsledovanija nad poterejou teploti kojejou cheloveka v zdorovom i boleznennom sostojanii (Untersuchungen über den Verlust an Wärme durch die Haut im gesunden und kranken Zustande). — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXII, p. 1, 19, 38, 60.

Laache, S. Molluscum contagiosum giganteum. C. r. Molluscum contagiosum giganteum Nr. 25. — Nord. med. Arkiv. Stockholm, 1882, XIV, Nr. 21, p. 1—8.

Lagardère. Rhumatisme et purpura hémorrhagique. — Médecin. Paris, IX, Nr. 7.

Lagrange. Note sur un cas d'ulcère farcineux chronique chez l'homme. — Journ. de l'anatom. et physiol. etc. Paris, XIX, p. 24 bis 37 u. 1 Taf.

Laidley. Horny tumor of penis. — Weekly med. Review. Chicago. VII, p. 117.

Le Bel, J. A. Sur un vibrion observé pendant la rougeole. — Compt. rend. Académ. des sciences. Paris, XCVI, p. 68—70.

Leigh, R. Bullous eruption of a peculiar character. — Lancet. London, I, p. 11.

Lemmer, Ludwig. Ueber den Werth der animalen Vaccination im Vergleich zur humanisirten, mit besonderer Berücksichtigung des Pissin'schen Verfahrens. Inaugural-Abhandlung (Würzburg). Berlin, 1882, 8°, p. 26.

Leroy, C. De la sclérodermie. Thèse. Paris, 4°, p. 78.

Lewin, L. Ueber das Resorptionsvermögen der Haut, insbeson-

dere für Bleiverbindungen (nach gemeinschaftlich mit Dr. O. Rosenthal angestellten Versuchen).— D. med. Ztg. Berlin, IV, p. 149—151.

Lewinski. Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt. — Virchow's Archiv. Berlin, XCI, p. 371—374 und 1 Taf.

Lindsley. C. A. Vaccination. — Report Bd. health N. Hampshire 1881—82, Concord, 1882, I, p. 120—149.

Longhurst. The activity of the infective power of the poison of scarlet fever during the pre-eruptive stage of the disease. — Lancet. London, I, p. 194.

Longstaff, G. B. Vaccinia. — British med. Journ. London, I, p. 454.

Love, A. C. Ainhum; with the report of a case in Ascension Parish, Louisiana. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXV, p. 367—369.

Ludwig, Eduard. Die Anwendung des Ferrum candens bei Ulcus serpens. Inaugural-Abhandl. (Erlangen). Königsberg, 1882, 8°. p. 32.

Lydston, G. F. Removal of epithelioma of the penis and scrotum during the existence of chronic nephritis; recovery from operation. — Western med. Reporter. Chicago, V, p. 44—46.

Macdonald, K. N. On the therapeutic value of sulphurous acid in scarlatina maligna. — British med. Journ. London, I, p. 249. Vergl. auch: Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 605—616.

Mackenzie, S. Two cases of congenital xanthelasma. — Transact. of the pathol. soc. of London. 1881—82, XXXIII, p. 370—372.

Mader. Trophische Affectionen der Zehennägel bei chronischer Myelitis (Tabes); ungeheilt entlassen. — Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien (1881). 1882, p. 314.

Mader. Pemphigus acutus; Tod. — Ebenda, p. 399.

Mader. Ungewöhnliche Form von recidivirender Purpura rheumatica. — Ebenda, p. 398.

Majoli, G. Considerazioni teorico pratiche sopra alcuni casi di pustula maligna. — Rivista ital. di terap. ed igien. Piacenza, 1882, II, p. 361—382.

Malassez, L. Sur le „cylindrome" (épithéliome alvéolaire avec envahissement myxomateux). — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér. I, pp. 187, 476.

Manassei, C. Sul licheni ed in specie sul lichene piano. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIII, p. 104—115.

Mannino, L. Sulla micosi fungoide di Alibert. — Giornale ital. d. mal. vener. e d. pelle. Milano, 1882, XXIII, p. 348—360 u. 2 Photogr.

Masse, E. Les vaccinations charbonneuses de Talais (Gironde). — Gaz. hebdomad. d. scienc. méd. de Bordeaux. 1882, II, pp. 300, 406, 433, 445.

Masse, E. Étude rétrospective sur l'inoculation variolique et sur la variolisation avec les virus dilués. — Ebenda, 1883, III, pp. 5, 18, 30.

Masse, E. Les propriétés préservatrices du cow-pox contre la variole etaient-elles connues avant Jenner? — Ebenda, p. 123.

Mastermann, G. F. On phagedaenic carbuncle. — British med. Journ. London, I, p. 510.

Mathieu, A. Fièvre herpétique; périarthrite suppurée de l'épaule droite; gonflement de la rate; manifestations pulmonaires. — Revue de méd. Paris, III, p. 212—214.

Melsheimer, C. T. Case of tubal nephritis, with purpura, followed by anasarca. — Fort Wayne Journ. of med. science. 1882—83,- II, p. 77.

Möbius, P. J. Ueber die Empfindlichkeit der Haut gegen elektrische Reize. — Centralbl. f. Nervenheilk. Leipzig, VI, p. 25—33.

Moncorvo et Silva Araujo. De l'emploi de l'électricité dans le traitement de l' éléphancie (éléphantiasis des Arabes). — União méd. Rio de Janeiro, 1882, II, p. 548—566 u. 1 Taf.

Morrow. A case of general psoriasis affecting the palms. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I. p. 206—208.

Morrow, P. A. On the incidental effects of vaccination. — Ebenda, p. 166—180.

Napier, A. Purpura (case). — Glasgow med. Journ. 4 Ser., XIX, p. 158.

Neale, W. H. Notes on some points in the etiology of scurvy. — British med. Journ. London, I, p. 410.

Nicati. Le naphtol dans les maladies de la peau. — Recueil d. actes du comité méd. d. Bouches-du-Rhône. Marseille, 1881—82, XX, p. 185—187.

Nörner, C. Die Krätzmilbe der Hühner (Dermatoryctes mutans). — Allgemeine Geflügel-Zeitg. Wien, 1882, Nr. 26; auch Oesterreich.

Vierteljahrsschr. f. wissensch. Veterinärk. Wien, 1882, LVIII, p. 113—124.

Oddo. Deux cas d'anthracosis. — Marseille méd. 1882, XIX, p. 728—743.

Ohmann-Dumesuil, A. H. A case of gigant urticaria. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIV, p. 13.

Oidtmann, H. Die Rachendiphtherie, nebst Scharlach, ihr Ursprung aus dem Darminhalt, auf Grund eigener Beobachtungen und Heilerfolge sowie vergleichender Thierbeobachtungen und der Erkrankungs-Statistik. Leipzig, 8°.

Olaechea, M. A. La epidemia de viruela. — Gaceta de med. y farm. Montevideo, 1881—82. I, p. 26—33.

Oliver, T. Clinical lecture on myxoedema. — British med. Journ. London, I, p. 502—504.

Pacanowski, H. Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego w klinice terapeut. Szpitala S-go Ducha za czas od. r. 1872—1882. (Ueber Typhus und Haut-Eruptionen). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2. Ser., III, pp. 145—158, 169, 185, 208, 229, 250, 271, 289, 306.

Palmeri, V. La vaccinatura in Narni dal 9 ottobre 1880 al 15 maggio 1882; relazione all'on. giunta municipale. Foligno, 1883, 8°.

Parker, W. T. Warts after performing a necropsy. — British med. Journ. London, I, p. 289.

Parola, G. Sull' utilità e sull'obbligo della vaccinazione. — Atti d. riunione d'igienisti ital. 1881. Milano, 1882, I, p. 257—285.

Parry, F. W. Report to the Local Government Board on a death which was alleged to have been caused by vaccination in the Northern District of the Derby Union, Dec. 20, 1882, London, 1882, fol. p. 7.

Parsons, H. F. On an outbreak of small-pox among rag-sorters at St. Mary Cray paper mills, and on the precautions which can be taken for preventing the spread of infection from rags. — Report Med. Off. Local Governm. Bd. 1881, London, 1882, p. 106—126.

Parsons, H. F. Report to the Local Government Board on the prevalence of scarlet fever at Potton, in the Biggleswade Rural Sanitary District, in connexion with the question of the closing of schools. Dec. 28, 1882, London, 1882, fol., p. 4. — Auch: Lancet. London, 1883, I, p. 250.

Pavesio, G. La pellagra in Marze. Torino, 1882, 8°.

Péan. Tableau récapitulatif des cancroïdes des lévres dont les observations se trouvent dans les cliniques. — In dessen: Leçons de clin.-chir. etc. Paris, 1882, 8°, p. 515.

Péan. Du mal perforant plantaire; symptômes et diagnostic. — Ebenda, p. 1—33.

Pécholier, G. Note sur l'emploi des bains dans la variole. — Gaz. hebdomad. d. scienc. méd. de Montpellier, V, p. 121—124.

Pepper, W. Clinical lecture on herpetic tonsillitis; its relation to diphtheria. — Philadelphia med. Times. 1882/83, XIII, p. 317—320.

Perroncito, E. Sulla tenacità di vita del virus carbonchioso nelle sue forme di spora e di bacillus anthracis di Cohn. — Arch. per le scienz. med. Torino, 1882, VI, p. 324—327.

Peters, C. T. On the treatment of leprosy. — Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 809—821.

Pick, F. J. Ueber den Arzneigelatineverband und die locale Behandlung des Ekzems. — Prager med. Wochenschr. VIII, p. 52—55.

Pick, F. J. Die therapeutische Verwendung arzneihaltiger Gelatine bei Hautkrankheiten. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 33—36.

Piffard. An improved instrument for the removal of superfluous hairs. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 183.

Pillot, C. Phlegmon diffus du bras; érysipèle; infection purulente; guérison. — France méd. Paris, I, p. 74—76.

Pilotto, G. Miseria e pellagra: studii satirico-morali in sesta rima. Valdobbiadene, 16°.

Planellas, A. Mirobios III. El parásito de la lepra. — Gaceta méd. de Cataluña. Barcelona, VI. p. 91—95.

Plumacher, E. H. Leprosy, and the means taken to prevent its spread at Maracaibo. — Sanitarian. New York, N. S. I, p. 71—74.

Poensgen, A. Mittheilung eines seltenen Falles von Xanthelasma multiplex. — Virchow's Archiv. Berlin, XCI, p. 350—370.

Purdon, H. S. Keloid following psoriasis. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 203.

Rampoldi, R. Sui rapporti fra le malattie cutanee e l'organo della vista. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIII, p. 132—159.

Reid, T. J. Accidental vaccination with the fresh saliva of a calf. — Louisville med. News. XV, p. 172.

Reinhard, C. Ueber die Anwendung permanenter Bäder bei brandigem Decubitus gelähmter Geisteskranker. — Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. etc. Berlin, XXXIX, p. 759—768.

Retterer. Sur la génération des cellules de renouvellement de l'épiderme et des produits épithéliaux. — Compt. rend. Acad. d. sciences. Paris, XCVI, p. 513—516.

Rey, A. Observation d'un cas de lichen pilaris chez une indigène. — Alger méd. XI, p. 50—53.

Richet. Tumeur érectile de la paupière chez un petit enfant. — Recueil d'ophthalm. Paris, 3. Sér., V, p. 12—16.

Riegel, Karl. Ueber den Pemphigus der Erwachsenen mit Ausschluss des Pemphigus syphiliticus. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°, p. 25.

Rinecker, von. Ueber Pityriasis rubra. — Sitzungsber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. 1882, p. 122.

Rizat, A. Étude sur les classifications, l'étiologie et la pathogénie des maladies de la peau; diagnostic, prognostic; traitement. — Concours méd. Paris, 1882, IV, pp. 602, 614, 626, 637; 1883, V, pp. 98, 159.

Robinson, A. R. Erythema diphtheriticum. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 193—197.

Robinson, T. Case of symmetrical loss of hair with absorption of pigment in the invaded patches. — Transact. of the path. society of London. 1881—82, XXXIII, p. 391.

Rohé, G. H. The treatment of acute eczema. — Med. Chronic. Baltimore, 1882—83, I, p. 169—175.

Roloff, F. Der Milzbrand, seine Entstehung und Bekämpfung Berlin, 8°.

Rona, S. A rühösség kezelése a Kaposi-féle naphtol-kenöcscsel (Kaposi's Naphtol-Salbe gegen Krätze). — Gyógyaszat. Budapest, 1882, XXII, p. 849—853.

Rona, S. Csuz után fejlödött csahánkiütes (urticaria) és chorea dimidiata szövetkezése. — Orvosi hetilap. Budapest, 1882, XXVI, p. 1369—1372.

Rondot, E. L'érythème noueux fébrile et ses complications. — Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux. 1882, II, pp. 564, 586, 610; 1883, III, pp. 38, 53.

Rougon. Purpura hémorrhagica suivi de mort. — Courrier méd. Paris, XXXIII, p.74; auch: Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p.193—195.

Rumbold, T. F. „The blue man of Missouri"; the effect of nitrate of silver on the skin and mucous membrane. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIV, p. 425.

Salisbury, J. H. Diphtheria and scarlatina. — American med. Weekly. New York, 1882, XIV, pp. 461, 485.

Sandberg, Léon. Beitrag zur Frage über das Wesen des Pemphigus chronicus. Inaugural-Abhandlung. (Würzburg.) München, 1882. 8°, p. 30.

Sangster, A. Ichthyosis or psoriasis of the tongue. — Transact. of the pathol. society of London. 1881—82, XXXIII, p. 103—122 u. 1 Taf.

Savage, G. H. Epidemic of herpetic fever. — Lancet. London, I, p. 95.

Schaffer, L. Zur Behandlung des Panaritiums. — Wiener med. Presse, XXIV, p. 81.

Schastni, A. I. K etiologii i patologii prostoi i smeshannoi tsingi (Aetiologie und Pathologie des Scorbuts). — Med. Vestnik. St. Petersburg, 1882, XXI, pp. 240, 270, 333, 365, 379, 410, 427, 476, 493, 575, 590, 606, 623, 651, 671, 701, 718, 748, 767, 781, 797.

Scheube, B. Hautkrankheiten und Nephritis. — Centralblatt f. klin. Med. Leipzig, IV, p. 145—148.

Schmitt, G. Bericht über die Impfungen mit animaler Lymphe in der Stadt Würzburg. — Aerztl. Intell.-Blatt. München, XXX, pp. 85, 98.

Schröter, R. Die Herkunft des Ichthyols. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, 1882, I, p. 333—335.

Schulz, Ludwig. Ueber die Wirkungen des wasserfreien Chlorals nach Application auf die unverletzte äussere Haut und die Allgemeinwirkung starker Hautreize. Inaugural-Dissertation (Marburg). Leipzig, 1882, 8°, p. 17. — Vergl. auch: Arch. f. experiment. Path. u. Pharm. Leipzig, 1882—83, XVI, p. 305—321.

Schwimmer, Ernst. Die neuropathischen Dermatonosen. Wien und Leipzig, 8°, p. 248.

Schwimmer, Ernst. Das Xanthom (Xanthelasma, Vitiligoidea). — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 157—159; aus: Orvosi hetilap. Budapest. Nr. 2.

Seaton, E. C. The influence of small-pox hospitals; illustrated by the recent behaviour of small-pox in Nottingham. — British med. Journ. London, I, p. 58—60.

Seltzer, C. M. Condylomatous tumor of the labium. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 109.

Semmer, E. Der gegenwärtige Standpunkt der Lehre über den Milzbrand mit Berücksichtigung der Schutzimpfung gegen denselben. — Revue f. Thierheilk. Wien, 1882, V, p. 145, 161, 177.

Senetz, M. Sovmestnoe razsmotrenie smertnosti ot skarlatini i diphtherita v Peterburgie za 1878—1882 gg. (Mortalität bei Scharlach und Diphtherie.) — Vrach. St. Petersburg, IV, p. 1—3.

Seppilli, G. Myxoedema or pachydermic cachexia. — Alienist and Neurologist. St. Louis, IV, p. 14—25.

Sherwell, S. Report of a case of pellagra. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 142—145.

Shoemaker, J. V. Chromophytosis. — Med. Bulletin. Philadelphia, V, p. 25—27.

Shoemaker, J. V. Report of a case of leprosy in Philadelphia. — Med. Bulletin. Philadelphia, V, p. 61—64.

Shoemaker, J. V. The oleates and oleo-palmitates in skin diseases. — Transactions of the med. soc. of Pennsylvania. Philadelphia, 1882, XIV, p. 115—130.

Sieber. Zur Auslegung des Reichs-Impfgesetzes. — Med. Corresp.-Blatt d. württemb. ärztl. Vereins. Stuttgart, 1882, LII, p. 281—283.

Simmons, H. M. Case of death from vaccination. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1882—83, IX, p. 593.

Simon, O. Ueber Maculae coeruleae (taches ombrées, taches blues) mit Krankenvorstellung. — Jahresber. der schlesischen Gesellsch. f. vaterländ. Cultur. 1881, Breslau, 1882, LIX, p. 78.

Smith, E. E. General vesiculo-pustular eruption following vaccination. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 165.

Smith, H. A. Psoriasis of the nails. — British med. Journ. London, I, p. 405.

Smith, J. H. Mother's marks. — Mississippi Valley med. Monthly. Memphis, III, p. 111.

Smith, W. T. The incubation of scarlet fever. — British med. Journ. London, I, p. 150.

Smyly, W. J. Sudden changes in the color of the hair and skin. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 184.

Spear, J. Extracts from a report on the prevalence of scarlatina in the Durham registration district. — Report of the Med. Off. Local Governm. Bd. 1881. London, 1882, p. 70—73.

Spender, J. K. On a case of lichen psoriasis at the Bath Mineral Water Hospital. — British med. Journ. London, I, p. 509.

Stapp, J. H. Eczema. — Southern Practitioner. Nashville, V, p. 56—62.

Startin, J. Case of neurotic excoriation. — Transactions of the path. soc. of London. 1881—82, XXXIII, p. 385.

Startin, J. Case of xanthelasma. — Ebenda, p. 373—376.

Startin, J. Morphoea alba. — Ebenda, p. 384.

Startin, J. and S. Mackenzie. Report on cases of xanthoma multiplex brought before the Pathological Society. — Ebenda, p. 376 bis 384.

Stickler, J. W. Equine scarlatinal virus as a prophylactic against human scarlatina. — Med. Record. New York. XXIII, p. 316—319.

Straus et Chamberland. Sur le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au foetus. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 167.

Straus, I. Cas de charbon mortel. — Arch. de physiol. et path. Paris, 3 Sér., I, p. 298—311.

Struck. Der Bacillus der Rotzkrankheit. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, 1882, VIII, p. 707; auch Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 14.

Susini. Observaciones sobre el tratamiento de la viruela hemorràjica. — Revista méd.-quirur. Buenos-Aires, 1882—83, XIX, p. 274.

Testut, L. Recherches anatomiques sur l'anastomose du nerf musculo-cutané avec le nerf médian. — Journ. de l'anat. et physiolog. etc. Paris, XIX, p. 103—108.

Thilenius. Die obligatorische Impfung in der Petitions-Commission des deutschen Reichstages. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, pp. 101, 111.

Thin, G. Four cases of alopecia areata occurring in one family. Transact. of the path. soc. of London, 1881—82, XXXIII, p. 390.

Totenhoefer. Scleroedem neonatorum. — Breslauer ärztl. Zeitschrift 1882, IV, p. 277.

Touton, Karl. Vergleichende Untersuchungen über die Entwickelung der Blasen in der Epidermis. Inaugural-Abhandlung (Freiburg). Tübingen, 1882, 8°, p. 74 und 2 Taf.

Traill, Georges Alfred. Étude sur les injections sous-cutanées d'éther sulphurique à la dose dite excito-stimulante; de leur application au traitement des quelques maladies et principalement de la variole. Thèse. Lille, 1882, 4°, p. 54.

Trélat, U. Sur quelques tumeurs du scrotum. — Tribune méd. Paris, 1882, XIV, p. 617—619.

Truckenbrod. Zur Behandlung von Geschwüren mit Magisterium Bismuthi. — Aerztl. Intell.-Bl. München, XXX, p. 43.

Tryon, J. R. Leprosy in the Hawaiian Islands. — Americ. Journ. of the med. sciences. Philadelphia. N. S. LXXXV, p. 443—450.

Turner, F. C. Membranous laryngitis, coming on during convalescence from scarlatina; with albuminuria; no ascertainable source of infection from diphtheria. — Transact. of the path. soc. of London. 1881—82, XXXIII, p. 36.

Unna, P. G. und P. Beiersdorf. Leimglycerin als Constituens in der Dermatotherapie. Gelatinae glycerinatae medicatae. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 37—43.

Valera y Jimenez, T. Cuatro casos de pelagra. — Siglo méd. Madrid, XXX, p. 71.

Verardini, F. Nota circa un caso rarissimo d'enfisema generale. — Bulletin d. scienz. med. di Bologna, 6. Sér., XI, p. 5—15.

Verneuil. De l'érysipèle antérieur comme prédisposition à l'érysipèle traumatique. — Gaz. méd. de Paris. 6 Sér., V, p. 26—29.

Voght, G. A. Lupus tuberculosis seu nodosus. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIV, p. 326—328.

Voigt, Leonard. Vaccine and variola. Wilmington, 8°, p. 30. — Aus: North Carolina med. Journ.

Watier, Alphonse Charles Alexandre. Contribution à l'étude de la prophylaxie de la variole. Thèse. Lille, 1882, 4°, p. 70.

Webb, C. S. Chrysophanic acid. — Gaillard's med. Journ. New York. XXXV, p. 231.

Weinlechner. Totale Rhinoplastik bei einem durch Lupus bedingten Nasendefecte aus der narbigen Stirnhaut, Septum aus der Oberlippe. — Aerztl. Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1881). 1882, p. 235.

Weinlechner. Elephantiasis papillaris am Fusse und untersten Ende des Unterschenkels; die besonders auffälligen Wucherungen an der Streckseite des Fusses und um die Knöchel herum werden abgetragen und so die versteckt gewesenen Zehen wieder frei gemacht; Heilung mit derben etwas hyperämischen Narben. — Bericht d. k. k. Krankenanst. Rudolph-Stiftg. in Wien (1881). 1882, p. 400—402.

Weiss, W. Carcinoma melanoticum vulvae. — Aerztl. Bericht d. k. k. allg. Krankenh. zu Prag (1880). 1882, p. 145.

West. A case of Addison's disease; pigmentation of the skin three to four weeks duration; sudden death from syncope; necropsy. — Lancet. London, I, p. 98.

Wetherill, H. M. jun. Herpes zoster. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 430—432.

Whitelegge, B. A. Treatment of ulcers with large and slowly separating central sloughs. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 249.

Whitney, W. N. Notes on the blood-changes in erysipelas. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 394—400.

Whitson, J. Notes on the treatment of ulcers. — Practitioner. London, XXX, p. 20—23.

Wick, D. W. Mania following scarlatina, measles and vaccination. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. X, p. 216.

Williams, H. W. Orbital cellulitis as a sequel of facial erysipelas. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 51—53.

Winslow, R. Keloid tumor of the ear removed three times. — Maryland med. Journ. Baltimore. 1882—83, IX, p. 528.

Wolff, M. Zur Impffrage. — Berlin. klin. Wochenschr. XX, p. 47—50.

Wolff, W. Die Tastkörperchen. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg. II, p. 9—14.

Wood, T. F. Psoriasis and other diseases associated with vaccination. — Journ. of cutan. and ven. diseases. New York, 1882—83, I, p. 161—163.

Wright, J. W. Eczema of the face with secondary granular inflammation. — Med. Gaz. New York, X, p. 53.

Wuerzburger, Albert. Beobachtungen von Erysipelas faciei. Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1882, 8°, p. 24.

X. Ist Urticaria durch Conception übertragbar? — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 85.

Zappa, R. Il carbonchio e la profilassi delle epizoozie carbonchiose. Milano, 16°.

Zaufal, E. Rhinosclerom. — Aerztl. Bericht d. k. k. allgem. Krankenh. zu Prag (1880). 1882, p. 291.

Zechmeister. Noch Einiges über Panaritium. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 209.

Zimmerlin, F. Eine Herpesepidemie im Baseler Bürgerspitale. — Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte. Basel, XIII, p. 137—141.

Zwingmann, L. Conjunctivitis diphtheritica diffusa beider Augen mit tödtlichem Ausgange durch acute Lymphdrüsenschwellung am Halse bei einem fünf Monate alten, an Eczema faciei leidenden Kinde. — St. Petersburger med. Wochenschr. VIII, p. 37—39.

New York Skin and Cancer Hospital. Incorporated Nov. 11, 1882 (Circular of the board of tructees calling attention to the need of this institution, and appeal for support). New York, 1882, 8°, p. 4.

Illinois State Board of Health. Preventable disease circulars. Nr. 1. Small-pox. Springfield, 8°, p. 8.

Quarantine regulations (against small-pox) Office of the Board of Health, Jan. 25, 1883. Boston, 4°.

Royal hospitals commission, House of Commons-Evidence of Nicholas Constantine Collier, medical officer of Health, District of Fulham. (Relating to the small-pox hospital at Fulham as a centre of infection.) Hammersmith, 1882, 8°, p. 26.

Small-pox and vaccination. (By T. F. Wood, E. M. Hunt, E. L. Griffin, and E. J. Marsh.) — Report of Board Health N. Jersey. Woodburg. 1882, VI, p. 35—72.

Extracts from a memorandum by the Medical Officer on the prevalence of small-pox in London, among vaccinated and unvaccinated persons respectively. — Report of the Med. Off. Local Governm. Bd. 1881. London, 1882, p. 40—44.

Digest of the vaccination officers' returns, with regard to children whose births were registered in the year 1879. — Ebenda, p. 1—17.

Zur Impffrage. Aus dem Berichte der Petitionscommission des Reichstages vom 29. Jänner 1883. — Aerztl. Vereins-Blatt f. Deutschland. Leipzig, X, p. 25—36.

The Lancaster County vaccine farm. From grain-fed stock. — Practitioner. Lancaster, I, p. 6.

The Leicester guardians and compulsory vaccination. — British med. Journ. London, I, p. 320.

Ueber den Werth der Impfung, insbesondere der Revaccination. — Med. Neuigkeiten. Erlangen, XXXIII, p. 57—59.

Al weer de vaccinatie. — Geneeskundige Courant. Tiel, XXXVII, Nr 1.

Illinois State Board of Health. Preventable disease circulars Nr. 3. Scarlet fever. Springfield, 8°, p. 8.

„Inquirens". Pruritus after herpes zoster. — British med. Journ. London, I, p. 139.

Raggi e Alpago-Novello. I reflessi tendinei nei pellagrosi. — Arch. di psichiatr. etc. Torino, 1882, III, p. 432—436.

Debate on the etiology of scurvy. — Lancet. London, I, pp. 363, 406.

---

## Dermatologie.

Zweites Verzeichniss.

Abela, A. Una carta sobre el herpetismo. — Clinica de Málaga. 1882, III, p. 351—359.

Ahmed, M. Z. A leper whose leg was removed by amputation. — Indian med. Gaz. Calcutta, XVIII, p. 83.

Alberti, A. Caso di scleremia curato nella clinica ostetrica di Modena. — Spallanzani. Modena, 2 Ser. XII, p. 258—261.

Amicis, T. de. Contribuzione clinica et anatomo-patologica allo studio del dermo-liuf-adenoma fungoide (Micosi fungoide di Alibert). — Morgagni. Napoli, 1882, XXIV, p. 655—676 u. 6 Taf.

Andeer, J. Das Resorcin bei Erysipel. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 705—707.

Anderson, McC. Clinical lecture on peliosis rheumatica. — British med. Journ. London, I, p. 1103.

André, J. De l'épithéliomatisme. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér., IV, p. 234—238.

Aphel, F. Sulla terapia della risipola facciale e specialmente sull' uso della tintura di jodio. — Spallanzani. Modena. 2 Ser., XII, p. 115—118.

Archangelski, A. Ein Beitrag zur Lehre vom Milzbrandconta-

gium. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin, XXI, p. 257—261; Wratsch, St. Petersburg, IV, p. 241.

Arloing, Cornevin et Thomas. Modifications que subit le virus de charbon symptomatique ou bactérien sous l'influence de quelques causes de destruction. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér., IV, p. 121—128; Lyon. méd. XLIII, p. 5—12.

Atlee, J. L. A rare case of phlegmonous erysipelas. — Practitioner. Lancaster, I, p. 30.

Babes, V. Comparaison entre les bacilles de la tuberculose et ceux de la lèpre (éléphantiasis des Grecs). — Compt. rend. de la Acad. des scienc. Paris, XCVI, pp. 1246—1249, 1323—1326; Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér., IV, p. 265—268.

Baelz, E. Ueber einige neue Parasiten des Menschen. — Berlin. klin. Wochenschr. XX, p. 234—238.

Baillet. Des vaccinations anticharbonneuses. — Revue méd. de Toulouse, XVII, p. 129—143.

Barduzzi, B. Dermatologia propedeutica, ossia avviamento allo studio delle malattie cutanee. Milano, 1882. 16°.

Barlow, T. Cases described as „acute rickets" (combination of rickets and scurvy). — British med. Journ. London, I, p. 619; St. Louis Courier med. IX, p. 453—455.

Barrington-Kennett, V. B. On a system of detached floating barracks for the formation of a small-pox or fever hospital. — Transactions of the epidem. soc. of London (1880—81) 1882, IV, pt. 4, p. 654—660.

Beevor, W. C. Morbillic rash in typhoid fever. — British med. Journ. London, I, p. 956.

Behncke, G. Et Tilfaelde af Morbus maculosus Werlhofii. — Ugeskrift for Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4 R. VI, 441—444.

Bell, B. F. Tinctura of belladonna to relieve itching. — Med. Chron. Baltimore, 1882—83, I, p. 302.

Bennett, E. R. Report of two cases of hydroa. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 476—478.

Bineau. Note sur une modification pratique des tubes à vaccin. — Mémoires et compt. rend. de la soc. des scienc. de Lyon (1881) 1882, XXI, pt. 2, p. 120—125.

Blake, C. J. Accumulations of epidermis in external auditory canal. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 433.

Bockhart. Zur Behandlung des Lichen ruber mit der Unna'schen Salbe. — Zeitschr. f. Therap. mit Einbeziehung der Elektrotherap. und Hydrother. Wien, I, p. 87; Monatsh. f. prakt. Derm. Hamburg, II, p. 70.

Bockhart, M. Zur Aetiologie der Elephantiasis Arabum. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 133.

Boeckel, J. Épithélioma récidivé de la verge; amputation totale de l'organe. — Mémoires de la soc. de méd. de Strasbourg (1881—82) 1883, XIX, pt. 2, p. 45.

Boucher, Ernest. Considérations sur les complications tendineuses et articulaires survenant dans le cours de l'érysipèle. Thèse. Paris, 4°, p. 50.

Brown, E. T. A case of abscess of the mastoid, with entire absence of tenderness, heat, or swelling over the suppurating part, with a constant distant pain near the occipital protuberance; trephining; recovery; occurrence of erysipelas during convalescence. — Arch. of Otolog. New York, XII, p. 56—58.

Bruch, E. Ablation d'un kyste sébacé de la verge. — Alger méd. XI, p. 95 u. 1 Taf.

Brugnoli, G. Della porpora nervosa in relazione alla malattia per la quale morì il senatore Francesco Rizzoli. — Raccoglitore med. Forli, 4 Ser. XIX, pp. 393, 429.

Brush, E. F. Vaccination observations and suggestions. — Med. Record. New York, XXIII, p. 677—679.

Buchner, H. Ueber die experimentelle Erzeugung des Milzbrandcontagiums. — Sitzungsber. d. mathem. physik. Classe d. k. bayer. Akad. d. Wissensch. zu München, 1882, XII, p. 147—169.

Budde, V. Rubeola efterfulgt af Maeslinger. — Ugeskrift for Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4 R. V, p. 119.

Buffum, J. H. Ocular and aural complications of scarlet fever. — In dessen: Clinic. papers (etc.) Chicago. 8°. p. 11—18.

Caimi, G. Storia di un caso grave di erisipola trattato felicemente colle iniezioni all'acido fenico. — Raccoglitore med. Forli, 4 Ser. XIX, p. 370—373.

Campana, R. Un segno semiologico nella lepra tubercolare incipiente. — Gazz. d. ospit. Milano, IV, p. 154.

Cavagnis, Vittorio. La pellagra a Desio (Provincia di Milano). Milano. 8°. p. 19. — Vergl. Gazz. med. ital. lombard. Milano. 8 Ser. V, pp. 83, 90, 103.

Chaillé, S. E. Small-pox and vaccination. New Orleans. 8°. p. 28. — Vergl. Sanitarian. New York. N. S. I, p. 343.

Chambard-Hénon. Note sur la variole. — Mémoires et compt. rend. de la soc. des scienc. méd. de Lyon (1881) 1882. XXI, pt. 2, p. 31—37.

Chamberland, Ch. Le charbon et la vaccination charbonneuse d'après les travaux recents de M. Pasteur. Paris. 8°. p. 323.

Chamberland, C. et E. Roux. Sur l'atténuation de la virulence de la bactéridie charbonneuse, sous l'influence des substances antiseptiques. — Compt. rend. de Acad. de scienc. Paris, XCVI, pp. 1088, 1410.

Chauveau, A. Du rôle respectif de l'oxygène et de la chaleur dans l'atténuation du virus charbonneux par la méthode de M. Pasteur; théorie générale de l'atténuation par l'application de ces deux agents aux microbes aérobies. — Ibidem, p. 1471—1479 und Lyon méd. XLIII, p. 137—146.

Chaussat, A. E. Traitement des ulcères calleux par les scarifications radiées. Paris. 8°.

Chenantais. Tubercule sous-cutané douloureux (myome). — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes, 1882, XVI, p. 157.

Chénier, G. La question d'identité de nature de la morve et du farcin. Lyon. 8°.

Claridge, W. R. The abortive treatment of variola. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 655.

Clarke, J. H. Scarlatina infection; incidents of an epidemic. — British Journ. of homoeopathy. London, XLI, p. 140—151.

Cobianchi, R. Sul valore delle odierne statistiche ufficiali nel computo dei casi di pellagra. — Rivista clin. di Bologna. 3 Ser. III, p. 127—132.

Coggeshall, W. H. Variola. — Southern Clinic. Richmond. VI. pp. 77, 109.

Colin, L. Report on the deaths of Esquimaux from small-pox, in Paris, in January 1881. Translated by W. Squire. — Transact. of the epidemiol. soc. of London (1880—81) 1882, IV, pt. 4, p. 608.

Colomiatti, V. I bacterii nell'erpete labbiale. — Osservatore. Torino, XIX, p. 72—74.

Corlett, W. T. A clinical lecture on nervous affections of the skin. — Columbus med. Journ. 1882—83, I, p. 502—506.

Corley. Dysidrosis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 381.

Cruyl, L. Molluscum fibrosum congénital; observé à la clinique dermatologique de M. le Prof. E. Poirier. — Annales de la soc. de méd. de Gand. LXI, p. 43—67.

Csokor, J. Ueber das Molluscum contagiosum des Geflügels. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 138.

Cyrnos, J. M. Le poison du maïs et la pellagra. — Journ. d'hygiène. Paris, VIII, pp. 147, 159.

Danek, F. Przypadek pęcherzycyostrej niekiłowej u dorosłego. (Acuter nichtsyphilitischer Pemphigus bei einem Erwachsenen.) — Przegląd lekarski. Kraków, XXII, p. 271.

Dardignac, J. Quelques considérations sur la vaccine. — Loire méd. St. Étienne. II, pp. 94, 121.

Davies-Colley and F. Taylor. Sarcomatous ulcer of back. (2 cases). — British med. Journ. London, I, p. 769.

Demlow. Ueber Herpes Zoster und seine Behandlung. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, LII, p. 549.

Deschamps, Léon. Contribution à l'étude des complications pulmonaires de l'érysipèle. Thèse. Paris, 4°, p. 66.

Doutrelepont, J. Fall von parasitärer Sycosis. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg. II, p. 129—133.

Doyen. Epithélioma infiltré de la main; foyers épithéliomateux à distance dans la gaine du nerf médian. — Progrès méd. Paris, XI, p. 415.

Doyen. Plaie de la main; lymphangite; abcès de la bourse olécrânienne; gonflement éléphantiasique des tissus du membre supérieur; envahissement rapide des parvis de l'abcès et de articulation du coude par les fongosités tuberculeuses. — Ibidem, p. 414.

Dozzi, G. Risposta agli appunti fatti dal Prof. Tebaldi, alla mia recente pubblicazione: La pellagra nella popolazione rurale di Motta di Livenza. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXVI, p. 60.

Duckworth, D. Case of rheumatismal, cutaneous, subcutaneous, and periosteal nodules. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 542; Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 377.

Duhring, L. A. Two cases of „Paget's disease of the nipples". — American Journ. of med. scienc. Philadelphia, N. S. LXXXVI, p. 116—120.

Duhring, L. A. Case of impetigo herpetiformis; recovery. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 616.

Duhring, L. A. Traité pratique des maladies de la peau. Traduit et annoté sur la II^e édition par le docteur Toussaint-Barthélemy et le docteur Adolphe Colson, avec une préface par Alfred Fournier. Paris, 8°.

Dujardin-Beaumetz. Pachydermie post-dothiénentérique du membre inférieur par troubles circulatoires. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p. 909—914.

Dulles, C. W. Herpes zoster (purpuric). — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 241.

Duplaix, J. B. Étude sur les hémorrhagies des centres nerveux dans le cours du purpura haemorrhagica. — Arch. générales de méd. Paris, I, pp. 408, 568.

Durante, F. Un caso raro di neo materno maligno. — Bull. d. r. Accad. med. di Roma, 1882, VIII, p. 389—393.

Dyson, W. Some cases of fever accompanied by herpes of the pharynx. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 532.

Eklund. Contribution à l'étude du „Lepocolla repens", le champignon élémentaire du psoriasis. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p, 197—203.

Ellenberger und Hofmeister. Ueber Carbolsäurevergiftung durch Theereinreibung. — Bericht über d. Veterinärwissensch. im Königr. Sachsen (1881). Dresden, 1882, XXVI, p. 157—161.

Eustratiados. D. *Στατιστικὴ τῶν ἐν Σμύρνη ἐξ εὐλογίας παθοντων κατὰ τὴν ἐπιδημίαν τοῦ* 1882. — *Γαληνὸς, Ἀθῆναι*, 1883, *ϑ'*, 203, 217. Vergl. auch: Veröffentlich. d. k. deutschen Gesundheitsamtes. Berlin, VII, p. 89.

Fabre, P. Le zona. — Journ. des connaiss. méd. prat. Paris, 3 Sér., V, p. 17—19.

Favorski, A. M. K liecheniju roji trichlorfenolom (Behandlung des Erysipels mit Trichlorphenol). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, III, p. 279—283.

Fehleisen. Ueber die Züchtung der Erysipelkokken auf künstlichem Nährboden und ihre Uebertragbarkeit auf den Menschen. — Sitzungsber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. p. 9—13.

Fenwick, G. P. Case of septicaemia and erysipelas. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 87—89.

Féris, B. Myxoedéme et béribéri, ou hydroparésie nevro-vasculaire. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 383—389.

Finger, E. Beitrag zur Kenntniss des Miliartuberkels (Miliartuberculose der Mundspeicheldrüsen, Zungen- und Mundschleimhaut und äusseren Haut). — Med. Jahrb. Wien, p. 99—122 u. 1 Taf.

Finlayson. A case of Addison's disease. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XIX, p. 461—466.

Forchheimer, A. Anomalous cases of measles. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S., X, p. 547—550.

Foster, E. The relative merits of humanized and bovine vaccine virus. — Transactions of the Georgia med. associat. (1882) Augusta, 1883, XXXIII, p. 101—145.

Fowler, E. P. Some peculiar effects of quinine upon cutaneous and mucous surfaces. — New York med. Times. 1883—84, XI, p. 33.

Fox, T. C. On two cases so-called erythema gangraenosum. — Proceedings of the roy. med. and chir. soc. of London. 1882—83, N. S. I, p. 43—47.

Fraser, D. M. The small-pox epidemic of 1870—73, in relation to vaccination. — Sanitary Record. London, 1882—83, N. S., IV, p. 439—446.

Fratini, Fortunato. La pellagra e l'abolizione della coltura del grano turco. Feltre, 1882, 8°, p. 16.

Galcerán, A. Dermatosis nerviosas; su génesis y anatomia patologica. — Independencia méd. Barcelona, 1881—82, XVII; 1882—83, XVIII, pp. 2, 13, 39, 50, 61, 73, 85, 97, 110, 207; Revista espec. de oftalm. sifil. etc. Madrid, 1882—83, ação VI, vol. I, pp. 4, 65, 129; 1883, VII, pp. 14, 49, 97.

Gamberini, P. La dermatologia in Italia. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 1—11.

Gamir, J. Caso notable de elefantiasis del escroto. — Gaceta de sanidad militar. Madrid, IX, p. 34—36 u. 1 Taf.

Garnett. Supra-renal capsules from a patient who died of Addison's disease. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 52—54.

Gellens. Rapport sur le fonctionnement de l'Institut vaccinogène de l' armée à Anvers et sur les opérations qui y ont été pratiquées pendant l'année 1882. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér. XXIII, p. 145—154.

Gemma, A. M. Un caso di idrocefalo subacuto postumo tardivo di morbillo, accolto nell' Ospitale Mellini di Chiari. — Gazz. d. ospet. Milano, IV, p. 242.

Gerster, A. G. Epithelioma of the eyelids, nostril, and side of the face. — New York med. Journ. XXXVII, p, 549.

Gomez y Reig, C. La epidemia sarampionosa. — Gaceta de l. hospit. Valencia, II, p. 121—128.

Graham, J. E. Lupus. — Canad. Pract. Toronto, VIII, p. 161 bis 164.

Green, W. E. Period of incubation of measles. — British med. Journ. London, I, p. 662.

Greene, J. S. A case of obscure and rapidly fatal disease attended by extensive painful tumefactions of the skin. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 462.

Griffini, L. Sur l'immunité contre le charbon. — Arch. ital. de biolog. Turin, III, p. 210—212.

Guibout, E. Idée générale de la dermatologie. — France méd. Paris, I, p. 763—767.

Günther. Ueber Hautresorption. — Correspond.-Bl. f. schweiz. Aerzte. Basel, XIII, p. 227—232.

(Hache.) Des hémorrhagies rétiniennes dans le purpura de la fièvre intermittente. — Paris méd. VIII, p. 217—220.

Hahn, E. Ueber die Behandlung von Lupus mit Hauttransplantationen. — Centralbl. f. Chir. Leipzig, X, p. 225.

Hardaway, W. A. Electricity in the treatment of diseases of the skin. — St. Louis Courier of med. etc. IX, p. 490—498.

Hardie, J. Notes on a complicated case of rheumatism; erythema tuberculatum, acute tonsillitis, dysphagia and dyspnoea; tracheotomy; broncho-pneumonia; recovery; remarks. — Lancet. London, I, p. 998.

Harlan, H. The ophthalmia of small-pox. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 97—100.

Havas, A. A köztakaró gümökóros fekélyedéséről. (Tuberculöse Geschwüre der Haut.) — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, p. 285—291; deutsch in der Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 353, 377.

Haward, W. A case of gangrenous varicella. — British med. Journ. London, I, p. 904.

Hay, M. Jahresbericht über die Thätigkeit im Institute für ani-

male Vaccination pro 1882. — Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in Niederösterreich. Wien, IX, p. 73—79.

Hedenius, P. Några ord om spetälskun och hennes orsaker. (Einige Worte über das Spedalskhed und seine Ursachen.) — Upsala Läkaref. Förhandlingar. XVIII, p. 216—228.

Henrot, H. Des lésions anatomiques et de la nature du myxoedème. Reims. 8°.

Herrick, S. S. Some debatable points in small-pox and vaccination: I. origin of small-pox, II. comparative merits of bovine and humanized vaccine virus; III. compulsory vaccination. — New Orleans med. and surg. Journ. 1882—83, N. S. X, p. 810—819.

Hoey, J. Notes on a case of scarlet fever. — Indian med. Gaz. Calcutta, XVIII, p. 73.

Hole, J. M. How to cure a felon. — Peoria med. Monthly 1883—84, IV, p. 25.

Ilott, H. J. Erysipelas and eczema in a new born infant. — British med. Journ. London, I, p. 615.

Jamieson, A. A boy, aet. 12, suffering from papilloma neuroticum. — Edinburgh med. Journ. 1882—83, XXVIII, p. 1029.

Jamieson, W. A. Acute circumscribed cutaneous oedema. — Ibid. p. 1090—1095.

Jansen, A. Notes sur l'efficacité des eaux d'Aix-la-Chapelle et de Creuznach dans le traitement de certaines affections cutanées chroniques. — Arch. méd. belges. Bruxelles. 3 Sér. XXIII, p. 289—299.

Jardet, Sarcome de la plante du pied. — Progrès méd. Paris, XI, p. 413.

Jessen, H. Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Epithelialkrebse. Dorpat. 8°.

(Kane, J.) Of the importance of general vaccination and the groundlessness of the prejudices against it. — Rep. Bd. Health Delaware 1881—82. Dover, 1883, II, p. 17—29.

Kaposi. Ueber einen Fall von Elephantiasis Arabum der linken Unterextremität, der mit Lymphorrhoea scroti und rechtseitiger Hydrocele complicirt ist. — Wiener med. Presse XXIV, p. 707.

Kelp. Rotzkrankheit beim Menschen. — Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. Nürnberg, XXXIV, p. 190—193.

Kern, H. Ueber Morphium - Erythem. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 568.

King, D. A. Is scarlatina evolved from diphtheria? — Lancet. London, I, p. 1068.

Klein, E. On a morphological variety of Bacillus anthracis. With a note by E. R. Lankaster. — Quart. Journ. of microscop. science. London. N. S. XXIII, p. 260—267 u. 1 Taf.

Knoll, Marie Xavier Désiré Léon. Des affections charbonneuses chez l'homme et de leur traitement. Thèse. Paris. 4°. p. 116.

Köbner, H. Heilung eines Falles von allgemeiner Sarcomatose der Haut durch subcutane Arsenikinjectionen. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 21—24.

König und Riedel. Die entzündlichen Processe am Hals und die Geschwülste am Hals. Stuttgart, 1882. 8°. p. 144.

Kroell, H. Zur Aetiologie des Eczems. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 269—272.

Lagout. Herpès labial; fièvre éruptive. — Union méd. Paris. 3 Sér. XXXV, p. 946—949.

Lagrange. Note sur un cas d'ulcère farcineux chronique chez l'homme. — Bull. de la soc. anat. de Paris. 1882, LVII, p. 357—360.

Lancéreaux, E. Traité de l'herpétisme. Paris. 8°.

Landgraf, H. Magisterium Bismuthi gegen Eczem. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München, XXX. p. 164.

Lange, F. Lymphangioma of the skin. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 572.

Lardier. Trois observations d'urticaire paludique. — Annales de dermat. et syph. Paris. 2 Sér. IV, p. 213—215.

Largeau. Cancroïde du front. — Progrès méd. Paris. XI, p. 388.

Lassar, O. Ueber Salicyl-Pasten. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 97—100.

Lassar, O. Ueber Alopecia praematura. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 233.

Lawford, J. B. Case of double optic neuritis following purpura. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1881—82, II, p. 86—89.

Lawson, G. Two cases of epithelioma which had occurred on old cicatrices and which were removed. — Lancet. London, I, p. 1001.

Legouest. Sur divers documents relatifs à la vaccine produits par ses adversaires. — Recueil des travaux du Comité consult. d'hygiène publ. de France 1881. Paris, 1883, XI, p. 323–328.

Leloir, H. Recherches sur l'inoculation du lupus. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 1882, 7 Sér. III, p. 843—846.

Lepidi Chioti, G. Itterizia e vitiligo. — Morgagni. Napoli, XXV, p. 165—168 u. 2 Taf.

Levashov, S. K uchenijou ob innervatsii sosudov koji. (Ueber Innervation der Hautgefässe.) — Arch. klin. etc. St. Petersburg, VII, p. 388—481.

Lewin, L. Ueber das Resorptionsvermögen der Haut, insbesondere für Bleiverbindungen. Berlin. 8°.

Lewinski. Ueber die Furchen und Falten der Haut. — Virchow's Arch. Berlin. XCII, p. 135—151.

Lill von Lilienbach, A. Pellagra und die Stickstoff-Theorie in der Ernährung. — Journ. f. Gesundheitspfl. Wien, VII, p. 28—30.

Lingard, A. and E. E. Batt. On an infectious ulcerative disease of skin and mucous membrane caused by a specific bacillus. — Lancet. London, I, p. 634.

Little, J. L. On the treatment of naevus maternus. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 551.

Löffler und Schütz. Einige Bemerkungen betreffend die Entdeckung des Rotzbacillus. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 197.

Lorenzo, G. di. L'acidi picrico nell' eczema impetiginoso dei bambini. — Arch. di patol. infant. Napoli, I, p. 106—108.

Lucio, R. Observacion de un caso de enfermedad de Addison, con coloracion azul de la lengua y negra de los párpados. — Escuela de med. México, 1882—83, IV, p. 174—176.

Lyster, H. F. The ambulance hospital for small-pox. — Rep. Bd. Health of Michigan 1881—82. Lansing, 1883, X, p. 37—43.

Mackenzie, S. Acute anterior poliomyelitis in connection with variola (post-variolar paralysis). — Brain. London, 1883—84, VI, p. 91—95.

Maggi, L. Intorno alle esperienze di vaccinazione carbonchiosa eseguite nella provincia di Pavia. — Gazz. med. ital. lombard. Milano. 8 Ser. V, p. 55—57.

Makrocki, F. Ein Fall von pervers gewachsenen subcutanen Cilien. — Centralblatt f. prakt. Augenheilk. Leipzig, VII, p. 129—132.

Malassez, L. Sur la nature du lupus tuberculeux. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér. III, p. 857—861.

Marfan, A. Molluscum simplex de la grande lèvre. — Progrès méd. Paris, XI, p. 321.

Martin, C. M. Vaccination: Jenner vs. Bergh. — Rep. Board Health Michigan 1881—82. Lansing, 1883, X, p. 190—198.

Masse, E. Des inoculations préventives dans les maladies virulentes, à propos des vaccinations charbonneuses faites sous le patronage de la Société d'agriculture de la Gironde au Château de M. Bert à Talais. Paris. 8°. p. 98.

Mathieu, A. Microbes dans le liquide de pustules ecthymateuses chez un typhique. — Progrès méd. Paris, XI, p. 392.

Maudet. Tumeur de la petite lèvre (hypertrophique éléphantiasique). — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes, 1882, XVI, p. 382.

Mc Chesney, J. N. On variola; its definition, history, cause, varieties, prognosis and treatment. — Med. Record. New York, XXIII, pp. 337, 365, 393.

Meredith, J. Scarlatina evolved from diphtheria. — Lancet. London, I, p. 901.

Merkel, G. H. Zymosis: an outline of the theory of diseases incident to putrefactive disorganization of the blood; including smallpox, diphtheria, measles, scarlatina, erysipelas, malarial fevers, typhus, typhoid, cerebro-spinal meningitis etc.; with the principles guiding for their successful treatment. Boston. 8°.

Merklen, P. Le psoriasis buccal de Bazin. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, pp. 157, 206.

Micé, L. Conférence sur le charbon. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1882—83, XII, pp. 448, 457, 470.

Mitchell, J. J. The alleged evils of vaccination. — Transact. of the homoeopath. med. soc. of New York. Havana, 1882, XVII, p. 147—161.

Monescillo y Ruiz, J. Observaciones acerca de la epidemia de viruelas en la villa de Corral de Calatrava. — Correspond. méd. Madrid, XVIII, pp. 44, 54.

Monvenoux, fils. Fièvre typhoïde compliquée de pourpre hémorrhagique. — Lyon. méd. XLIII, p. 185—188.

Moravcsik, E. E. Zwei Fälle von Elephantiasis der weiblichen Genitalien. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 536.

Morin, Marcel. Essai sur le traitement local de l'acne et de la couperose. Thèse. Paris. 4°. p. 58.

Morris, M. Lupus. — British med. Journ. London, I, p. 624.

Morris, M. and G. C. Henderson. The cultivation and life-history of the ringworm fungus (Trichophyton tonsurans). — Journ. of the roy. microscop. soc. of London. 2 Ser. III, p. 329—337 u. 1 Taf.

Morrow. A case of pemphigus. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 278.

Mortiner de la Roche, R. Tratemento de la lepra syriaca. — Coimbra med. III, p. 93—99.

Müller, A. Beobachtungen über die Impfung während der Pockenepidemie in Montpellier im Jahre 1882—83. — Blätter f. Gesundheitspflege. Zürich, XII, p. 69.

Murray. The Delhi or oriental sore. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 424.

Napier, A. Vaccinal eruptions. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XIX, p. 424—432.

Nettleship and E. Higgens. A case of morphoea in the region of the fifth nerve with paralysis of the intra-ocular branches of the third. — British med. Journ. London, I, p. 961.

Neumann, I. Ein Fall von Herpes iris conjunctivae. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 129.

Neumann, I. Ueber Vitiligo. — Wiener med. Blätter. VI, p. 662.

Nowlin, J. S. Vaccination and small-pox. — Transactions of the med. soc. of Tennessee. Nashville, p. 55—58.

Nussbaum, von. Ueber Verwandlung maligner Geschwülste (Krebse) in gutartige und über Vorzüge glühender Instrumente; ein klinischer Vortrag. München, 8°, p. 20. — Aus: Aerztl. Intellig.-Blatt. München. XXX, p. 197—202.

Ocaña, J. G. Un caso de elefantiasis de los Arabes en la cara. — Prensa méd. de Granada. 1882, IV, p. 476—478.

Oidtmann, H. Die letzten Verfechter der Impfschutzlehre. Aachen, 1882, 8°, p. 108.

Ordoñez, A. Consideraciones sobre la etiologia y patogenia de la erisipela gangrenosa (contestacion al Sr. Toledo). — Génio méd.-quirurg. Madrid, XXIX, p. 178—180.

Ostry, J. Ueber den Befund von Karyokinese in entzündlichen Neubildungen der Haut des Menschen. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. Berlin, XXI, p. 305.

Page, H. W. Subperiosteal hemorrhage, probably scorbutic, of three long bones in a rickety infant. — British med. Journ, London, I, p. 620; Med. Times and Gaz. London, I, p. 395.

Pagenstecher, H. und A. Pfeiffer. Lupus oder Tuberculose. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 282.

Park, R. On the use of joborandi or pilocarpine in the collapse of scarlatine maligna. — Lancet. London, I, p. 1041.

Parker, W. T. Notes on the treatment of chronic eczema of the scalp. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII. p. 501.

Pasteur. Sur la vaccination charbonneuse. — Compt. rend. de l'Acad. des scienc. Paris, XCVI, p. 979—982; Bulletin de l' Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XII, p. 509—514; Revue scientif. Paris, XXXI, pp. 493, 561.

Pasteur. Les théories dites microbiennes et la vaccination charbonneuse. — Bulletin de l'Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XII, p. 586—588.

Paulicky, A. Geschwülste an beiden Ohrläppchen, durch das Tragen von Ohrringen hervorgerufen. — Deutsche milit.-ärztl. Zeitung. Aus dessen: Ueber congenitale Missbildungen. Berlin, 1882, 8°, p. 37.

Pautry, H. Essai sur la morphoea alba (variété de lésion trophique de la peau. Thèse. (Paris) Chateauroux, 4°, p. 58.

Pécholier, G. Note sur l'emploi des bains dans la variole. Montpellier, 8°.

Pécholier, G. Un cas d'avortement de la variole au moyen de la médication éthérée-opiacée. — Bulletin général de thérap. Paris, CIV, p. 349—355.

Penny, W. Treatment of ulcers by mechanical contraction of their area. — Med. News. Philadelphia. XLII, p. 542.

Perfilev, M. O. Iz zapisak touremnago vracha. II, K etiologii tsingi (Aetiologie des Skorbut). — Voyenno-san. dielo. St. Petersburg, III, pp. 97, 107, 113.

Perroncito, E. La vaccination charbonneuse. — Revue scientif. Paris, XXXI, p. 557.

Perroncito, E. De la transmission du charbon des mères aux foetus. — Arch. ital. de biolog. Turin, III, p. 58—62.

Perroncito, E. Sull' attenuazione del virus carbonchoso. — Arch. per le scienz. med. Torino, 1882—83, VI, p. 446—449.

Perrot, A. E. de. Verslag der merkzaamheden van het Amster-

dam-Genootschap tet bevordering der Koepokinenting voor minvermogenden, gedurende het j. 1882. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam, XIX, p. 169—173.

Peter. Doctrines microbiennes et vaccination charbonneuse. — Bulletin de Acad. de méd. Paris, 2 Sér. XII, p. 547—567.

Peter, M. La vaccination charbonneuse; réponse à M. Pasteur. Résumé. — Revue scientif. Paris, XXXI, p. 557—561.

Petrovski, N. A. K etiologii sibirskoi jazvi (pustula maligna) u cheloveka. — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, III, pp. 225, 241.

Picard. Urticaria. — Kansas und Missouri Vafley med. Index, Fort Scott. IV, 121—125.

Pick, F. O. Somme preparations of gelatin in diseases of the skin. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 631.

Picqué. Fistules urinaires multiples; mort par érysipèle. — Progrès méd. Paris, XI, p. 263.

Piffard, G. H. Trichophytosis barbae; synonyms: Tinea barbae, sycosis, mentagra (barbers itch). — Illust. med. and surg. New York, II, p. 137—140 u. 1 Taf.

Pissin. Statistischer Bericht über die Wirksamkeit und die Erfolge des Impf-Institutes für animale Vaccination im Jahre 1882. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin, N. F. XXXVIII, p. 300—307.

Plá, E. F. Merecen algun crédito las razones que alegan los detractores de la vacunacion contra la inoculacion del incuestionable preservativo de la viruela? — Monitor de la salud. Barcelona, IV, pp. 17, 25, 33, 58, 70, 81.

Plant, Hugo Carl. Das organisirte Contagium der Schafpocken und die Mitigation desselben nach Toussaint's Manier. Leipzig, 8°. p. 35.

Pooley, J. H. A case of paralysis of the arm following vaccination. — Med. Record. New York, XXIII, p. 569.

Poor, E. Der dritte Fall von Lichen ruber in Budapest. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 241, aus Gyogyászat Nr. 2.

Quinan, J. R. The introduction of inoculation and vaccination in Maryland; historically considered. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, pp. 113, 129.

Rampoldi, R. Sui rapporti fra le malattie cutanee e l'organo visivo. — Annali di ottalmologia. Pavia, XII, p. 517—519.

Ransohoff, J. Epithelioma of the lips. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S., X, p. 447—449.

Reichard, V. M. Note on sebaceous cysts containing hairs. — Philadelphia med. Times. 1882—83, XIII, p. 502.

Richet, A. Sur l'évolution de la pustule maligne chez l'homme et son traitement par les injections iodées. — Compt. rend. de l'Acad. d. scienc. Paris, XCVI, p. 1117—1119; France méd. Paris, I, p. 576—578.

Ripley, J. H. Scarlatinal nephritis and its complications. — Med. Record. New York, XXXIII, pp. 449, 477.

Rivolta, S. Sulla resistenza del micrococco de bacterio della febbre carbonchiosa all'azione del calorico. — Giornale di anatom., fisiol. e patol. di animali. Pisa, XV, p. 34—42.

Robin, E. Moyens de prévenir les maladies charbonneuses. — Gaz. méd. de l'Algérie. Alger, XXVIII, p. 43—47.

Robinson, B. Erythema nodosum. — New York med. Journ. XXXVII, p. 545.

Rohé, G. H. The treatment of the various forms of acne. — Med. Chron. Baltimore, 1882—83, I, p. 247—252.

Rohé, G. H. Hints on the treatment of some parasitic skin diseases. — Med. Record. New York, XXIII, p. 595.

Roques. Note sur un cas de gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p. 529—531.

Rosenfeld. Erysipelas gangraenosa mammae. — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, p. 4003—4006.

Roudet, A. Des éruptions dans la fièvre typhoïde. Thèse. Paris, 4°, p. 62.

Rovina y Oliver, R. Urticaria ab ingestis; curacion rápida. — Independencia méd. Barcelona, 1882—83, XVIII, p. 145.

Rupprecht. Die Behandlung des Furunkels, des Carbunkels und der Anthraxpustel. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 307 bis 309.

Salmon, D. E. On the production of immunity from contagious fevers by inoculation with diluted virus. — American veterinary Review. New York, 1883—84, VII, pp. 64, 102.

Sayre, L. A. Anchylosis of the elbow-joint induced by erysipelas. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 485.

Schuster. Ueber Immunität und Schutzimpfung. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 304, 336, 411, 441, 503, 536.

Schwimmer. Ein Fall von Sclerodactylie. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 359.

Sebileau, P. Sur un cas de teigne pelade généralisée. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1882—83, XII, p. 443.

Seeland, N. Ueber Scorbut und passive Blutungen in ätiologischer Hinsicht. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1882, VII, p. 21—23.

Semple, E. E. A. Aids to medicine. Pt. IV: The fevers, skin diseases, and intestinal worms. London, 12°.

Senebier, P. Éléphantiasis de la grande lèvre droite; ablation; guérison. — Mémoires et Compt. rend. de la soc. des scienc. méd. de Lyon (1881), 1882, XXI, pt. 2, p. 142—148.

Senetz, M. Untersuchungen über die Mortalitäts-Curven der Pocken und der Typhen (abdominalis, exanthematicus et recurrens) in St. Petersburg für die Jahre 1878—1882. — St. Petersburger med. Wochenschr. VIII, p. 117—121.

Senetz, M. Combinirte Betrachtung der Mortalität an Scharlach und Diphtherie in St. Petersburg für die Jahre 1878—1882. — Ibidem, p. 101—103.

Sharpin, E. C. The local treatment of erysipelas with white-lead paint. — Lancet. London, I, p. 613.

Shoemaker, J. V. The hair, its use and its cure. — New York med. Journ. XXXVII, p. 537—540; Gaillard's med. Journ. New York, XXXV, p. 591—595.

Shurley, W. E. Cases of lupoid ulceration of the nasal septum. — Transactions of the Americ. laryngol. associat. New York, 1882, IV, p. 78—85.

Simonin, E. Assistance publique. Rapport sur le service départmental de l' assistance médicale et de la vaccine de Meurthe- et Moselle pendant l'exercice 1881. Vingt-septième rapport annuel de l'auteur sur le service de l'assistance. Trente-neuvième rapport annuel sur le service de la vaccine. Lus au Comité central d'assistance médicale et de Vaccine. Nancy, 1882, 8°. p. 141.

Smith, D. Et Tilfaelde af Morbus maculosus Werlhofi. — Ugeskrift f. Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4. R. VI, p. 401—407.

Soltmann, O. Ein seltener Fall von Sclerodermа neonatorum. — Breslauer ärztl. Zeitschr. V, p. 57.

Soulier, H. De l'arthritide polymorphe fébrile à forme grave ou erythème papuleux. — Mémoires et Compt. rend. de la soc. des scienc. méd. de Lyon (1881), 1882, XXI, pt. 2, p. 127—133.

Stelwagon, H. W. Sulphur preparations in acne. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 654.

Stelwagon, H. W. An analytical study of two thousand (2093) consecutive cases of skin disease. — Philadelphia med. Times 1882—83, XIII, p. 565—571.

Stevenson, W. F. Case of traumatic gangrene of the penis and scrotum; necropsy. — Lancet. London, I, p. 682.

Stopin. Zona du membre supérieur. — Paris méd. VIII, p. 194—196.

Straus, J. et C. Chamberland. Recherches expérimentales sur la transmission de quelques maladies virulentes, en particulier du charbon, de la mère au foetus. — Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 3 Sér. I, p. 436—475.

Suckling. Living case of myxoedema. — Lancet. London, I, p. 716.

Teackle, St. G. W. Facts relating to the case of spontaneous cow-pox in Baltimore County and result of experiments, with crust obtained thereform. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 73.

Tebaldi, A. Nuovi experimenti sulla pellagra. — Gazz. med. ital. prov. venete. Padova, XXVI, p. 25—28.

Tebault, C. H. Modified inoculation. — Gaillard's med. Journ. New York, XXXV, p. 427.

Thierry, E. Des vaccinations anti-charbonneuses faites par M. Pasteur à Pouilly-Le-Fort, près Melun. — Bulletin de la soc. méd. de l'Yonne 1881. Auxerre, 1882, XXII, p. 89—106.

Thierry, E. Note sur le charbon symptomatique et son inoculation préventive. — Ibidem, p. 52—69.

Thin, G. The bacillus of leprosy. — Lancet. London, I, p. 1044.

Thompson, R. (u. Andere). Small-pox in Michigan, year ending September 30, 1882. — Rep. Board Health of Michigan 1881—82. Lansing, 1883, X, p. 390—433.

Toepper, P. Die neueren Erfahrungen über die Aetiologie des Milzbrandes. Jena. 8°. p. 57.

Tokutev, F. S. Otchet po otdielenijou nakojnich bolnich pri I. m. Tiflisskom voenno-gospitalie za 1881 i 1882 g. (Bericht der Abtheilung für Hautkrankheiten im Militär-Hospitale zu Tiflis.) — Med. Sbornik. Tiflis. Nr. 36, p. 35—54.

Tonge-Smith, W. Rubeola; epidemic roseola, Roetheln, so-called „German measles". — Lancet. London. I, pp. 994, 1036.

Tordeus, E. De la vaccine considérée comme moyen curatif de la variole. — Journ. de méd., chirurg. et pharm. Bruxelles, LXXVI, p. 450—455.

Torrellas, L. Un caso di pustula maligna en la region superciliar. — Andalucia méd. Córdoba, VIII, p. 77—80.

Townsend, F. History of a case of multiple sarcoma of skin. — Illust. med. and surg. New York, II, p. 149 u. 1 Taf.

Treuberg, J. Zur Casuistik des primären Krebses am Halse. — St. Petersburger med. Wochenschr. VIII, p. 125.

Tripe, J. W. Account of an outbreak of small-pox in the Hackney Union Infirmary. — Lancet. London, I, p. 1047.

Tsitrin. Nashi otnoshenija k vaktsinatsii voobtshe i v voiskach v chastnosti. (Ueber die Vaccination im Allgemeinen und besonders in der Armee.) — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, p. 3915—3917.

Tullio, B. di. Contributo all' etiologia miasmatica dello scorbuto. — Movimento. Napoli, 1882, 2 Ser. IV, p. 518—528.

Turner, Geo. A. One hundred and thirty-eight cases of amputation of scrotum for elephantiasis Arabum. New York, 1882, 8°. p. 8.

Vallada (und Andere). La vaccination charbonneuse. — Revue scientif. Paris, XXXI, p. 593—595.

Van Bibber, W. C. Vaccination. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, pp. 65, 81.

Van Hoeter. Epithélioma de la lèvre inférieure; ablation; suture entortillée; non réunion par première intention. — Journ. de méd., chir. et pharm. Bruxelles, LXXVI, p. 345.

Van Hoeter. Rétrécissement uréthral; érysipèle; infiltration urineuse; guérison. — Ibidem, p. 349.

Vidal, E. Du traitement de la pelade. — France méd. Paris, I, pp. 716, 727.

Vidal, E. et H. Leloir. Recherches anatomiques sur le lichen plan. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér. IV, p. 331—336.

Villard. Étude sur la pathogénie de l'érysipèle. — Marseille méd. XX, p. 129—155.

Voigt, L. Vaccine und Variola. — Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Braunschweig, XV, p. 58—83.

Voigt, L. Erwiderung auf Herrn Dr. Böing's Schrift „Die medicinische Statistik im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf die Pocken- und Impffrage (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 5, 6, 7, 1883). — Berl. klin. Wochenschr. XX, p. 174.

Warlomont. De la tuberculose dans ses rapports avec la vaccine. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXV, p. 97—99.

Warlomont, E. Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale. Paris. 8°. p. 402 u. 1 Taf.

Weichselbaum, A. Ueber einige seltenere Complicationen des Typhus exanthematicus in anatomischer und ätiologischer Beziehung. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, pp. 226, 236.

Weir, F. Le S. A clinical lecture on elephantiasis Arabum. — New York med. Journ. XXXVII, p. 563—567.

Welch, G. T. The relationship between diphtheria and scarlatina. — Med. Record. New York, XXIV, p. 5—7.

Welch, W. M. The wearing out of vaccine protection and the efficacy of revaccinat. — Med. News. Philadelphia, LXII, p. 540—542.

Wellings, J. H. (und Andere). Scarlet fever in Michigan year ending September 30, 1882. — Rep. Board of Health in Michigan 1881—82. Lansing, 1883, X, p. 382—390.

Wenning. Hypertrophy of the labia minora. — Obstetr. Gaz. Cincinnati, VI, p. 300—312.

Whipham. Scarlatiniform rash in enteric fever. — Lancet, London, I, p. 771.

White, W. H. A case of scurvy with dilatation of the heart and retinal haemorrhages. — Proceedings of the roy. med. and chir. soc. of London. 1882—83. N. S. I, p. 77—87.

Wight, O. W. How to combat small-pox. — Rep. Board of Health in Michigan 1881—82. Lansing, 1883, X, p. 26—37.

Wilkin, L. On a case of Addison's disease, with marked discolouration of the tongue. — Lancet. London, I, p. 498.

Wonner, Esteban. Contra la vacuation. Montevideo, 1882, 8°. p. 44.

Wood, T. F. Notes on leucoderma. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 274—277.

Ziehl, F. Ein Fall von congenitaler halbseitiger Gesichtshypertrophie. — Virchow's Archiv. Berlin, XCI, p. 92—105.

Zjenets, M. Izsledovanie krivich smertnosti ot ospi i tiphov (brioushnago, sipnago i vozvratnago) v. Peterburge za 1878—1882 gg. (Mortalitätscurven über Blattern und Typhus in St. Petersburg.) — Vrach. St. Petersburg, IV, p. 53—57.

Zwicke. Phlegmone gangraenosa manus utriusque (post scarlatinam ?); gangraena digitorum pedum. — Charité-Annalen. 1881. Berlin, 1883, VIII, p. 466.

Zwicke. Ekchymomata diffusa ad crura ex haemorrhagica cutanea; causa ignota. — Ibidem, p. 492.

Treatment of erysipelas. — Lancet. London, I, p. 576.

Bericht des Ausschusses der Sanitäts-Commission über das Kranken-Verzeichniss des städtischen Blattern-Spitals in Aachen aus der Epidemie von 1881. Zur Entgegnung auf den von Hrn. Dr. H. Oidtmann in Linnich wider dasselbe erhobenen Tadel, mit Zugabe einer Erläuterung; herausgegeben von Dr. De Bay. Aachen, 1882.

The North Carolina accident. (Mistake made, by inoculating many persons with small-pox matter, the operator supposing that he was using vaccine in 1883.) — North Carolina med. Journ. Wilmington, XI, pp. 201, 265—271.

Relazione della Commissione per lo studio sulla vaccinazione carbonchiosa. — Giornale di anatom. fisiol. e patol. animali. Pisa, XV, p. 3—33.

Report of the board of health upon the late epidemic of small-pox, 1881—82. Legislative assembly. New South Wales. (Ordered to be printed, 22 March 1883.) Sydney, 1883, fol. p. 20, 1 map. 1 pl.

Small-pox and Small-pox hospital of New Orleans. Outline of quarantine and sanitary operations of the Board of health of the state of Louisiana, during 1882. New Orleans, 1883, 8°. p. 27.

Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an den Pocken in Bayern während des Jahres 1882. — Veröffentl. des k. deutschen Gesundheitsamtes. Berlin, VII, p. 95.

Report on vaccination in the Hyderabad Assigned Districts, for

the official year 1881—82, by C. Little. Hyderabad, 1882, fol. p. 28, 1 map.

Vaccinating immigrant babies. — Med. Record. New York, XXIII, p. 625.

Conference on small-pox. — Rep. Nat. of the Board of Health 1881. Washington, 1882, III, p. 345—355.

Relatorio do Instituto vaccinico „Campos et Bourquin" pertencente aos annos decimo, terceiro e decimo quarto de sua fundaçao (1881 e 1882). — Journ. da Soc. das scienc. méd. de Lisboa. 1882. XLVI, p. 399; 1883, XLVIII, pp. 18, 53.

---

## Venerische Krankheiten.

Erstes Verzeichniss.

Allingham, William. Fistula, haemorrhoids, painful ulcer, stricture, prolapsus and other diseases of the rectum; their diagnosis and treatment. IVth edition. New York, 1882, 8°, p. 252.

Alsberg, A. Gumma der Musculatur des Unterschenkels; Exstirpation mit dem scharfen Löffel; Heilung. — Arch. f. klin. Chir. Berlin, 1882–83, XXVIII, p. 739.

Andrews, J. A. Syphilitic gumma of the sclera. — Arch. of ophthalm. New York, 1882, XI, p. 458—460.

Ashhurst, J. jun. Syphilis of the hand. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 271.

Axford, W. L. The treatment of pruritus urethrae during gonorrhoea. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83. I. p. 204.

Barthélemy. Influence de l'alcoolisme sur la syphilis. — Annales d'hygiène publ. Paris, 3 Sér. IX, p. 66—68.

Behrend, G. La soi-disant loi de Colles est-elle une loi ou non? — Annales de dermat. et syph. Paris, 2. Sér. IV, p. 71—78.

Bellangé, G. Un cas de délire par lésion cérébrale syphilitique. — Encéphale. Paris, III, p. 103—105.

Bennett, J. E. A case of paralytic insanity, caused by vaccino-

syphilitic inoculation. — Southern Practitioner. Nashville, V, p. 103 bis 107.

Bergh, R. Beretning fra almindelig hospitals 2^den^ afdeling (for veneriske og hud-sygdomme) for 1882. Kjobenhavn, 1883, 8°, p. 38. (Aus: „Hospitals-Tidenden".)

Bernard, A. The site of initial manifestation of syphilis in the male genital organ. — Liverpool med.-chir. Journ. III, p. 25.

Bing, C. F. An inquiry into the etiology and pathology of the venereal diseases of man and of the lower animals. — American veterinary Review. New York, 1882—83, VI, pp. 11, 54, 103, 156, 226, 274.

Blaise, Henri. État actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. Thèse. Paris, 4°, p. 159.

Bouley, H. L'observation et l'expérimentation; caractères différentiels de la fièvre charbonneuse et du charbon symptômatique; morve; syphilis; maladies du sang de la Beauce; inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes. — Recueil de méd. vétérin. Paris, 1882, 6 Sér., IX, pp. 456, 497.

Bourcy, Paul. Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (Pseudo-rhumatisme infectieux). Thèse. Paris. 4°. p. 156.

Boutin, Jules Émile. De la blennorrhagie localisée chez la femme. Thèse. Paris. 4°. p. 58.

Braune, Johannes. Ueber hereditäre multiple Exostosenbildung. Inaugural-Abhandlung. Halle 1882, 8°, p. 43.

Breinlinger, Konrad. Impfsyphilis (Syphilis vaccinata). Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1882, 8°, p. 22.

Broca, A. Observation de syphilis testiculaire bilatérale avec gomme épididymaire ou funiculaire. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 181–183.

Brodeur, A. Ataxie locomotrice progressive; excès alcooliques; excès génésiques; chancre mou avec adénite suppurée; pas de syphilis; douleurs fulgurantes; incoordination des mouvements volontaires; crises laryngées, gastriques, vésicales et anales; incontinence d'urine et des matières fécales; vomissements incoercibles; perversion de la sensibilité générale; pas de réflexe tendineux ni cutané; amaurose complète; chute des dents; mort subite; pachyméningite hémorrhagique; décollement rétinien; lésions du tabes dorsalis. — Progrès méd. Paris, XI, p. 50—53.

Brower, D. R. Case of epileptiform convulsion and paralysis due to syphilitic tumor of the cortex in motor area. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 21—28.

Bumm, Ernst. Zur Frage der Schanker-Excision. Inaugural-Dissertation (Würzburg). Wien, 1882, 8°, p. 46.

Chancellor, E. A. Gonorrhoeal articular rheumatism. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIV, p. 358—365.

Chapin, H. D. A case of congenital syphilis with cerebro-spinal fever. — American Journ. of obstetrics. New York, XVI, p. 209—212.

Charrin et L. Guignard. Étude sur la pathogénie des quelques douleurs osseuses. Paris, 8°.

Clevenger, S. V. Mercury; its chemistry and therapeutics. — Gaillards med. Journ. New York, XXXV, p. 283—288.

Coen, E. Note statistiche intorno allo sviluppo dei bubboni venerei ulcerosi. — Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle. Milano, 1882, XXIII, p. 338—348.

Connor, L. A clinical study of syphilis of the eye and its appendages. — American Journ. of the med. sciences. Philadelphia, N. S. LXXXV, p. 378—390.

Denarié, A. Sur un cas de kératite syphilitique. — Revue clin. d'oculist. Bordeaux, 1882, II, p. 265—274.

Delaittre, Emmanuel. Étude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire et particulièrement des manifestations tardives de la syphilis héréditaire. Thèse. Paris, 4°, p. 75.

Diday P. et A. Doyon. La lettre et l'esprit de la loi de Colles; réponse à M. G. Behrend. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 79—86.

Donkin, H. Suggestions as to the aetiology of some of the so-called system-diseases of the spinal cord. — Brain. London, 1882—83, V, p. 433—457.

Doyon, A. Du mode d'enseignement de la dermato-syphiligraphie contemporaine. Vienne—Paris—Lyon. Paris, 8°, p. 42.

Eklund, Frédéric. Note sur les microbes de la blennorrhagie. Harlem, 1882, 8°, p. 12.

Fargas, M. A. Extenso condiloma en la nariz; extirpaciòn; ingertos dermo-epidérmicos; curación. — Gaceta méd. de Cataluña. Barcelona, VI, p. 46—50.

Ferras, P. Luchon dans le traitement de la syphilis. Paris, 8°.

— Aus: Annales de la soc. d'hydrolog. méd. de Paris, 1882—83, XXVIII, p. 97—125.

Fortuny, A. De la posibilidad de que en un individuo sifilitico, durante el periodo secundario, puedan practicarse traumatismos accidentales ó quirurgicos sin que en el punto lesionado se manifiesten señales de la enfermedad general. — Revista de ciencias méd. Barcelona, IX, p. 171—173.

Foubert. Rapport sur un mémoire de M. Deligny, intitulé: Observations concernant l'influence des bains de mer sur l'apparition des manifestations spécifiques dans les syphilis latentes. — Annales de la soc. de hydrolog. méd. de Paris. 1882—83, XXVIII, p. 126—135.

Fourrier (?). Quelques réflexions cliniques sur l'application du spéculum pour le diagnostic des affections du col de l'uterus. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p. 41—44.

Fürbringer, P. Zur Diagnose der Harnröhrenausflüsse. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 2—9.

Fürbringer. Untersuchungen über die Natur, Herkunft und klinische Bedeutung der Urethralfäden (sog. Tripperfäden). — Deutsches Arch. f. klin. Med. Leipzig, XXXIII, p. 75—94.

Gallard. Vaginite simple et vaginite virulente ou blennorrhagique. — Gaz. des hôpitaux. Paris. LVI, p. 121—125.

Geoffroy. Paraplégie à frigore chez un sujet syphilitique. — Praticien. Paris, VI, p. 3—6, auch in Médecin prat. Paris, IV, p. 25—28.

Gilles de la Tourette. Des injections sous-cutanées d'iodure de potassium. — Progrès méd. Paris, XI, p. 5.

Giovannini, S. Statistica per le malattie veneree-sifilitiche e della pelle accolte nel 1882 e curate nella clinica dermo-sifilopatica di Bologna dal Prof. Gamberini. — Bullettino d. scienz. med. di Bologna. 6 Ser. XI, p. 16—21.

Griffith. The diagnosis of primary syphilis. — St. Bartholom. Hosp. Report. London 1882, XVIII, p. 421—430.

Grünfeld, Jos. Visceralsyphilis. — Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde. Herausgeg. von A. Eulenburg. Wien und Leipzig, XIV, p. 545—555.

Güntz, Justus Edmund. Die Chromwasser-Behandlung der Syphilis. Eine neue Methode. Leipzig, 8°, pp. VIII, 358.

Hamilton, A. Mc L. Cerebral syphilis manifested by isolated

involvement of the trigeminal nerve; persistent conjunctivitis and facial anaesthesia. — Alienist and Neurologist. St. Louis, IV, p. 58—60 u. 1 Taf.

Hardy. La syphilis et son traitement. — Médecin. Paris, IX, Nr. 8—13.

Hebra, H. v. Zwei Fälle von syphilitischer Reinfection. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, II, p. 15—18.

Herzog, Wilhelm. Casuistische Beiträge zur Wirkung des Pilocarpins bei Diabetes mellitus, Diphtheritis und constitutioneller Syphilis. Inaugural-Abhandlung. Erlangen, 1882, 8°, p. 43.

Heymann, P. Vorstellung eines Falles von vollständiger Verschmelzung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. — Berliner klin. Wochenschr. 1882, XIX, p. 373.

Higgens, C. Gummata of the sclerotic. — British med. Journ. London, I, p. 247.

Hornbostel, Fritz v. Die Resection der Schädelknochen bei syphilitischer Nekrose. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 863.

Hübner, Curt. Das Gumma in seinen Beziehungen zum Mercur. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°, p. 31.

Hughes, C. H. Note on syphilitic insanity. — Weekly med. Review. Chicago, VII, p. 95.

Jamin, A. H. Robert. Étude sur l'uréthrite chronique blennorrhagique. Thèse. Paris, 4°, p. 230.

Japhet. Rapport sur un mémoire de M. Ferras, intitulé: Des eaux sulfurées sodiques et en particulier des eaux sulfurées de Bagnères de Luchon dans le traitement de la syphilis. — Annales de la soc. d'hydrolog. méd. de Paris, 1882—83, XXVIII, p. 90—96.

Johnston. Syphilitic paralysis. — St. Louis med. and surg. Journ. XLIV, p. 263—269.

Jones, D. On diseases of the bladder and the prostate, and obscure affections of the urinary organs. Vth edition. London, 8°.

Jurkiny, E. Dimensionen und Ursachen der Lustseucheverbreitung in Budapest; auf statistische Daten begründet dargestellt. — Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. Berlin. N. F. XXXVIII, p. 112—123.

Keyser, Newberry A. S. Is gonorrhoea a bacteria disease? Some investigations carried on in the out-door department of surgery of the University Hospital, Baltimore. Baltimore, 8°, p. 8 und 1 Taf.

Kidd, P. Congenital syphilis of the larynx. — British med. Journ. London, I, p. 513.

Klink, E. Naftalina jako nowy lek do opatrunka owrzodzeń szankrowych i przymiotowych (Naphtalin gegen Schanker u. contagiöse Eruptionen). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser., III, pp. 120, 153.

Kübitz, Otto. Zur Behandlung der Leistenbubonen. Inaugural-Abhandlnng. Halle 1882, 8°, p. 22.

Kümmell, H. Zur Behandlung des Bubo inguinalis. — Centralbl. f. Chir. Leipzig, 1882, IX, p. 841—846.

Lannelongue. Note à propos d'une observation de syphilis infantile héréditaire avec rachitisme généralisé. — Bullet. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 140—143.

Laramee. Du rhumatisme blennorrhagique. — Union méd. du Canada. Montréal. XII, p. 145—148.

Lardier. Les vénériens des champs et la prostitution à la campagne. Paris, 8°, p. 36.

Lavergne, F. Note sur en cas de chancre simple (forme papuleuse). — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 87.

Leblond, A. et Fissiaux. De l'emploi de la résorcine dans le traitement du chancre simple chez la femme. — Annales de gynécol. Paris, XIX, p. 1—8.

Lefferts, G. M. Case of syphilitic laryngitis; chondritis; gummata of the neck; perforation and formation of complete laryngeal fistula; tracheotomy; cure. — Arch. of laryngol. New York, IV, p. 53—56.

Leloir, H. et L. Perrin. Note à propos de quelques cas de syphilis héréditaire tardive. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 135—150.

Levashov, S. Sluchai siphiliticheskago porajenija gortani, simulirovavshago tshachotku (Larynxsyphilis, Phthisis simulirend). — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1882, II, p. 650—655.

Liebmann. A new treatment of venereal warts (salicylic acid). — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 348.

Lucas, R. C. On a case of syphilitic ozaena for which Rouge's operation was twice performed, with remarks on Lawrence's and Rouge's operations. — Lancet. London, I, p. 93.

Lucas, R. E. Abstract of a clinical lecture on syphilitic gumma of the pharynx. — Practitioner. London, XXX, p. 115—120.

Ludloff, Fritz. Drei Fälle von Schankroid. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°, p. 19.

Lukin, M. A. Kazuistike siphiliticheskago porajenija legkich i kishek. — Vrach, St. Petersburg, IV, pp. 23, 38.

Lundy, C. J. Gummy tumor of iris, with iritis. — Med. and surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 175.

Lux, Heinrich. Ueber Anomalien der constitutionellen Syphilis und ihre Ursachen. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°. p. 39.

Madaille. Du diagnostic différential de l'angine scrofuleuse d'avec l'angine syphilitique. Marseille, 8°.

Main, J. S. Active local treatment in gleét. — British med. Journ. London, I, p. 310.

Maire, L. E. Syphilitic diseases of the tonsils; report of a case with differential diagnosis. — Detroit Lancet. 1882—1883, N. S. VI, p. 449—454.

Manassei, C. Nota intorno alla sifilide pigmentaria, e proposte sulla circoscrizione delle malattie veneree. — Annali univers. di med. e chir. Milano, CCLXIII, p. 116—121.

Martineau. Leçons sur la thérapeutique de la syphilis. — France méd. Paris, 1882, II, pp. 315, 349.

Martineau. Inoculation de la syphilis chez le singe. — Tribune méd. Paris, XV, p. 19.

Martineau, L. Leçons sur la thérapeutique de la métrite. — France méd. Paris, 1882, II, pp. 542, 579, 674, 757, 772, 784, 822, 858, 873, 882; 1883, I, pp. 28, 38, 53, 62.

Mathieu, A. Syphilis secondaire; pleurésie infectieuse et arthrite suppurée du poignet droit. — Revue de méd. Paris, III, p. 214—218.

Mauriac, Ch. Des syphiloses cutanées à type tuberculo-ulcéreux. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1882—83, XII, p. 243—247.

Mauriac, Ch. Phagédénisme syphilitique. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, pp. 217—219, 305, 330, 354, 404, 434, 457, 491, 506, 515.

Mauriac, Ch. Syphilides muqueuses. — Ebenda, 1882, LV, pp. 1098; 1883, LVI, pp. 9, 15.

Mauriac, Ch. Des glossopathies pendant les premières phases de la syphilis. — Journ. des conaiss. méd. prat. Paris, 1882, 3 Sér. IV, p. 250.

Mereu, G. La sifilide: lettura scientifico-popolare. Cagliari, 1882, 16°.

Michael, J. E. The clinical diagnosis of chronic enlargements of the testicle. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1882—83, IX, p. 519—529.

Moore, N. Specimens illustrating visceral syphilis, from a man aged fifty-six. — Lancet. London, I, p. 233.

Morison, R. Ueber das Vorkommen von Bacterien bei Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, p. 59—62.

Moschkowitsch, S. Ueber Pemphigus syphiliticus. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°, p. 19.

Nelson, E. M. Case of syphilitic gumma of the brain. — Alienist and Neurologist. St. Louis, IV, p. 190—192.

Neumann, I. Ist die Syphilis ausschliesslich eine Krankheit des menschlichen Geschlechtes, oder unterliegen derselben auch Thiere? Durch Impfversuche an Thieren bearbeitet. — Wiener med. Wochenschr. XXXIII, pp. 209, 243; vergl. auch Wiener med. Presse, XXIV, p. 82—84.

Neumann, I. Ueber Syphilis des Gehirns. — Wiener med. Wochenschr. 1882, XXXII, p. 1021—1024.

Newmann, R. Does the character of pus diagnosticate gonorrhoea as a specific infection, from a simple (benign) urethritis? A medico-legal sketch. — Southern Clinic. Richmond, VI, p. 1—6.

Newmann, R. The treatment of urethritis and leucorrhoea. — Ebenda, p. 63—77.

Obersteiner, H. Syphilis und Dementia paralytica. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg, 1882, I, p. 321—324.

Patterson, A. An exposure of the contagious diseases acts, and of government lock hospitals. — Glasgow med. Journ. 4 Ser. XIX, p. 105—134.

Péan. Syphilis articulaire. — Paris méd. VIII, p. 49—52.

Pellizzari, C. Della trasmissione accidentale delle sifilide. — Giornale ital. d. mal. ven. e d. pelle. Milano, 1882, XXIII, pp. 193, 257, 323.

Pingler, G. Zur Lösung der Frage: Welches ist der kürzeste Weg zur gründlichen Heilung der Syphilis? Heidelberg, 8°, pp. VI, 161.

Porta y Vidal, J. Estomatitis mercurial; curación por el zumo de Granada. — Gaceta méd. de Cataluña. Barcelona, VI, p. 120.

Post, A. E. Mededeelingen over syphilis bij eenige legers en maatregelen tegen de verspreiding dier ziekte. — Nederlandsch. milit. geneeskund. Arch. Utrecht, 1882, VI, p. 785—823.

Proschowsky, A. Forebyggelse af venerisk Smitte ved Desinfektion. — Ugeskrift for Laeger. Kjobenhavn. 4 R. VII, p. 10—14.

Purjesz, S. sen. Nicolaus Massa als Syphilidolog; Beitrag zur Geschichte der Syphilis. — Deutsches Arch. f. Geschichte d. Med. Leipzig, VI, p. 56—70.

Rames. Paralysie du membre inférieur droit de cause syphilitique; interprétation des troubles nerveux. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 26—28.

Raye. Tumour of penis. — Indian med. Gaz. Calcutta, 1882, XVII, p. 329.

Reclus, P. Rachitisme et syphilis héréditaire. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 193—196.

Robinson, T. On discharges of pus from the male urethra which are not gonorrhoeal. — British med. Journ. London, I, p. 203.

Rosenfeld, G. Ueber Asthma syphiliticum. — Med. Corresp.-Blatt d. württemb. ärztl. Vereins. Stuttgart, 1882, LII p. 297—301.

Rosolimos, S. Considérations sur la nature de la blennorrhagie et sur la pathogénie de ses effets à distance. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 20—27.

Ross. Syphiloma of the brain; hemiparesis and clonic spasms; choked disc; rapid improvement. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1882—83, XI, p. 487.

Scheube, B. Zur Geschichte der Syphilis. — Virchow's Archiv. Berlin, XCI, p. 448—452.

Schiffers, F. Note sur un cas de syphilis du foie dans lequel l'affection est restée limitée à cet organe. — Annales de la soc. de méd. de Gand. LXI, p. 33—40.

Schnitzler. Ueber Combination von Tuberculose und Syphilis der Lunge, des Kehlkopfes und des weichen Gaumens. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 115.

Schulz, R. Dementia paralytica; syphilitische Erkrankung der Gehirngefässe. — Neurolog. Central-Blatt. Berlin, II, p. 73—78.

Schultze, B. S. Ueber Aetiologie und Prophylaxe der Genitalerkrankungen des Weibes. — Wiener med. Blätter. 1882, V, p. 1595 bis 1600.

Seely, W. W. Gonorrhoeal iritis. — Cincinnati Lancet and Clinic. N. S. X, p. 107.

Seiler, C. Syphilitic ulceration in the upper air-passages. — Illustrat. quart. med. and surg. New York, 1882, I, p. 95 u. 1 Taf.

Semon, Felix. On some rare manifestations of syphilis in the larynx and trachea. London, 1882, 8°, p. 28.

Sharkey. Syphilitic inflammation of the capsule of the liver. — British med. Journ. London, I, p. 111.

Sharkey, S. J. Gummata in spleen. — Transact. of the path. soc. of London, 1881—82, XXXIII, p. 339.

Shoemaker, J. V. The treatment of syphilis with subcutaneous sublimate injections. — Transact. of the American med. associat. Philadelphia, 1882, XXXIII, p. 111—129.

Sims, J. M. The treatment of syphilis. — British med. Journ. London, I, p. 448—450.

Smirnow, S. A. K terapii siphilisa. — Ejened. klin. Gaz. St. Petersburg, 1882, II, p. 627—633.

Sormani, G. Della profilassi delle malattie veneree. — Atti d. riunione d'igienisti ital. 1881. Milano 1882, I, p. 60—130.

Sotov, A. Sluchai pneumoniae syphiliticae; vizdorovlenie posle vtiranii unguenti grisei. — Med. Vestnik. St. Petersburg, XXII, p. 8.

Sternberg, G. M. The micrococcus of gonorrhoeal pus; infective virulence not due to the presence of this parasitic micro-organism. — Med. News. Philadelphia, XLII, pp. 67, 96. — Second paper. Ebenda p. 323.

Stewart, M. jr. The treatment of syphilis. — Detroit Lancet. 1882—83, N. S. VI, p. 404—408.

Stilmant, L. De la leucocythose syphilitique. — Presse méd. belge. Bruxelles, 1882, XXXIV, p. 385.

Strack, J. Ueber den Einfluss des Erysipels auf Syphilis. — Prager med. Wochenschr. 1882, VII, p. 509.

Sturgis, F. R. The regulation and repression of prostitution. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 299—301.

Sturgis, F. R. Action of pulsatilla in the treatment of gonorrhoeal epididymitis. — Med. News. Philadelphia, XLII, p. 267—269.

Taylor. Case of second infection with syphilis. — Journal of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 205.

Tenneson. La syphilis cérébro-spinale et le traitement spécifique d'épreuve. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, p. 181—186.

Thomas, T. G. Infantile leucorrhoea. — Med. and Surg. Reporter. Philadelphia, XLVIII, p. 337.

Trélat, U. Sur quelques tumeurs du scrotum. — Tribune méd. Paris, 1882, XIV, p. 617—619.

Venot. Perforation du prépuce. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1882—83, XII, p. 230.

Versmann, Heinrich. Ueber Syphilis als Causalmoment des Diabetes insipidus. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1882, 8°, p. 40.

Vidal. Traitement du phagédénisme du chancre simple par l'acide pyrogallique ou pyrogallol. — Bulletin de l'Académ. de méd. Paris, 2 Sér., XII, p. 14; auch in: Bulletin général de thérap. etc. Paris, CIII, p. 49—56.

Vilfroy, Théodule Gustave Albert. Du pannus et de son traitement par l'inoculation blennorrhagique. Thèse. Lille, 1882, 4°, p. 101.

Voigt, Syphilis und Tabes. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 34—36.

Wahle, Lorenz. Zu den Sensibilitätsstörungen bei Tabes dorsalis. Inaugural-Abhandlung. (Würzburg) Münster, 1882, 8°, p. 23.

Weber, L. A case of syphiloma of the right vertebral, with thrombosis of the basilar-artery. — American Journ. of neurolog. and psychiatr. New York, II, p. 30—32.

Weinlechner. Von Luës herrührender Defect des rechten Nasenflügels; partielle Rhinoplastik durch einen Stirnlappen. — Aerztl. Bericht des k. k. allgem. Krankenhauses zu Wien (1881), 1882, p. 235.

Weiss, W. Bericht der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten. — Aerztl. Bericht d. k. k. allg. Krankenhauses zu Prag (1880). 1882, p. 209—231.

Welander, E. Några fall af tertiär-syfilitiska affectioner å de yttre manliga genitalia. — Hygiea. Stockholm, XLV, pp. 81, 146.

Winter, M. Notizen über Syphilis. — Med.-chir. Central-Blatt. Wien, XVIII, pp. 33, 45, 57, 69.

Zeissl, M. Zur Behandlung der Syphilis mit Quecksilberformamid. — Wiener med. Presse. XXIV, pp. 145, 174.

London Lock Hospital and Asylum. Report for the year 1881 (135). London, 1882, 8°, p. 37.

Report of the committee on the prevention of venereal diseases. — American Public Health Association (1881). Boston, 1883, VII, p. 423—425.

An Act entitled: An Act to prevent the spread of syphilitic diseases in the City of Baltimore. — Ebenda p. 425—428.

Extensive diffusion of syphilis traced to a midwife. — British med. Journ. London, I, p. 128.

The extensive diffusion of syphilis by a midwife. — Ebenda, p. 335—337.

La patenôtre des véroles. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 115.

---

## Venerische Krankheiten.

Zweites Verzeichniss.

Afanasev, S. G. K sluchajam zabolevanij a soldat raz jedaioutshim lishaem sifiliticheskagō svoistva (Lupus serpiginosus). — Voyenno-san. dielo. St. Petersburg, III, pp. 15, 27.

Allen, T. H. Syphilitic brain disease; interesting case. — Planet New York, I, p. 37.

Althaus, J. Ueber einen Fall von cerebro-spinaler Syphilis. — Centralbl. f. Nervenheilk. Leipzig, VI, p. 1—6.

Antigüedad, F. Estudio clinico acerca de los caracteres distintivos entre el reumatismo articular comun y el blenorrágico. — Gaceta méd. de Cataluña. Barcelona, VI, p. 173—175.

Atkinson, I. E. Extra-genital infecting chancre. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 2—6.

Atkinson, I. E. Notes of a case of erythematous lupus complicated by the tubercula syphiloderm. — Med. Chronicle. Baltimore, 1882—83, I, p. 271—276.

Babés, V. Note sur une espèce de cellules granuleuses (Mastzellen d'Ehrlich) et ses relations avec la syphilis, le lupus, le rhinosclérome et la lèpre. — Progrès méd. Paris, XI, p. 447.

Babinski. Epilepsie survenue chez un syphilitique et suivie de mort reconnaissant pour cause une hémorrhagie méningée. — Revue de méd. Paris, III, p. 405—410.

Bamberger, von. Facialparese bei Syphilis. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 204.

Bartumeus, A. Tumor cerebeloso; sifiloma. — Revista de clin. méd. Barcelona, 1882, I, p. 227.

Bastin, J. De l'unicité et du dualisme chancreux, leurs raisons d'être; chancre ayant persisté pendant deux mois; terminaison indurée; invasion syphilitique; ses caractères. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXV, p. 153—157.

Bentley, W. H. Cascara amarga and Berberis aquifolium in secondary and tertiary syphilis. — Therap. Gaz. Detroit, N. S. IV, p. 241.

Bertrand, Marius François. Des injections en général et des procédés d'injections qui peuvent être usités dans les affections des voies génito-urinaires. Thèse. Paris, 4°, p. 64.

Besnier, E. Des gommes scrofuleuses. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 257—278.

Boiffin. Paralysie des III$^{e}$, IV$^{e}$, V$^{e}$, VI$^{e}$, VII$^{e}$, VIII$^{e}$, XII$^{e}$ paires crâniennes; lésions syphilitiques de la dure- mère et du rocher. — Journ. de méd. de l'ouest. Nantes, 1882, XVI, p. 133—138.

Borodzich. Dva sluchaja pustuleznoi sipi. — Voyenno-san. dielo. St. Petersburg, III, pp. 145, 154.

Bradford, E. H. Anchylosis of the spine; three cases following rheumatism, two being of gonorrhoeal origin. — Ann. anatom. and surg. Brooklyn. New York, VII, p. 279—284.

Brocq, L. Observation de syphilis héréditaire tardive; sarcocele syphilitique; gommes de la langue. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér., IV, p. 287—289.

Bull, C. S. Lesions of the orbital walls and contents due to syphilis. — Transactions of the New York acad. of med. 2 Ser. III, p. 13—32.

Bumm, E. Die Excision des indurirten Geschwürs und ihr Werth als Abortivmittel gegen Syphilis. — Monatsh. f. prakt. Dermat. Hamburg. II, p. 65—70.

Butlin, H. T. On the diagnosis between malignant tumours and certain tuberculous affections of the testis. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 608.

Calhoun, A. W. Syphilitic ulceration of the eyelid (conjunctiva) in the infant. — Transactions of the Georgia med. associat. 1882. Augusta, 1883, XXXIII, p. 156—158.

Campana, R. Sul valore delle autoinoculazioni sperimentali in sifilografia. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 75—78.

Cazin. Le rachitisme et la syphilis. — Bulletin et mémoires de la soc. de. chir. de Paris. N. S. IX, p. 306—323.

Colvis. Accidents secondaires rebelles; albuminurie syphilitique traitée avec succès par l'eau de Challes. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXV, p. 544—546.

Cospedal Tomé, A. M. Los caractéres objectivos de la roseola sifilitica constituyen una base cierta de diagnóstico. — Revista de oftalm. Madrid, II, p. 124—127.

Critchett, G. A. Neuro-retinitis of right eye in secondary syphilis. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1881—82, II, p. 59.

Crohn, M. Sulla sifilide ereditaria (Inaugural-Dissertation, übersetzt von V. Meyer.) — Arch. di patol. infant. Napoli, I, p. 54—71.

Cuevas, E. Tratamiento de la sifilis por les inyecciones de albuminato de mercurio. — Revista méd. de Chile. Santiago de Chile, 1882—83, XI, p. 313—324.

Curtis, H. H. The hot-water retrojection in the treatment of gonorrhoea. — Med. Record. New York, XXIII, p. 425.

Delahaye, Ch. Aphorismes syphilitiques. Paris, 12°, p. 61.

De Luca, R. Escisione di un sifiloma primitivo. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 78—81.

Desguin, L. Ablation d'un chancre phagédénique par la circoncision. — Ann. de la soc. de méd. d'Anvers. 1882, XLIII, p. 563—566.

Doyen, E. Des altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire. — Arch. générales de méd. Paris, I, p. 679—713.

Drysdale, C. R. Six years of experiment in the treatment of syphilis. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, p. 335—337.

Drysdale, C. R. Pathologie en therapie der Syphilis en der andere zoogenaamde „Venerische ziekten.“ Naar de vierde Engelsche uitgave bewerkt voor-door J. Schoondermark. s'Hertogenbosch, 8°.

Dubuc. Observation de tabes dorsales d'origine manifestement syphilitique. — Union méd. Paris, 3 Sér. XXXV, p. 532—535.

Eklund, F. Note on the microbes of blennorrhagia. Translated by W. H. Payne, from the French M. S. — Physician and Surgeon. Ann. Arbor, Mich., V, p. 193—200.

Eschbaum, A. Ein Beitrag zur Aetiologie der gonorrhoischen Secrete. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 187.

Estrany y Laserna, G. El bicromato potásico en la sifilis. — Boletin. d. Ateneo de alumnos intern. de la fac. de med. de Barcelona, 1882—83, II, p. 33.

Eulenburg, A. Ueber Heilbarkeit und Behandlung der Tabes dorsalis. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 24—27.

Ferrari, P. Contributo alla patologia ed alla clinica della follicolite ulcerosa. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 15—23.

François, Georges. Quelques considérations sur les gommes de l'encéphale. Thèse. Paris, 4°, p. 101.

Francotte, X. De la curabilité et du traitement du tabes dorsal; revue générale. — Annales de la soc. méd.-chir. de Liège. XXII, p. 48—52.

Franklin, E. C. A manual of venereal diseases; being a condensed description of those affections and their homoeopathic treatment. Chicago, 8°, p. 111.

Gamberini, P. Appendice al trattato delle malattie della lingua. — Bullett. d. scienz. med. di Bologna, 3 Ser. XI, pp. 93, 178.

Gamberini, P. Ventunesimo rapporto politico-amministrativo-clinico della prostituzione in Bologna. — Giornale ital. d. mal. veneree. Milano, XVIII, p. 65—74.

Garcia Andradas, A. Paralelo entre los caracteres anatomo-patológicos de las ulceras sifiliticas y venéreas. — Revista espec. de oftal., sifil. etc. Madrid, 1882—83, anno VI, vol. I, p. 157; 1883, VII, p. 4—14.

Garnier, Jules. Die venerischen Krankheiten, populär dargestellt. I. Heft: Tripper und Schanker. II. Heft: Die Syphilis. Leipzig, o. J. 8°, pp. 75, 104.

Gibert. Rachitis et syphilis. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2. Sér., XX, pp. 318, 346.

Goetz, E. Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique. — Revue méd. de la Suisse Rom. Genève, III, p. 203—211.

Gouillioud. Syphilis tertiaire héréditaire. — Mémoires et compt. rend. de la soc. d. scienc. méd. de Lyon (1881), 1882, XXI, pt. 2, p. 179—184.

Greffier, L. Prévention de la cécité, traitements de l'ophthalmie purulente et de la syphilis oculaire. — France méd. Paris, I, p. 468 bis 473.

Grilli, P. Contributio allo studio dei rapporti etiologici fra la sifilide e la pazzia paralitica. — Imparziale. Firenze, XXIII, p. 240—243.

Gross, Samuel W. A practical treatise on impotence, sterility and allied disorders of the male sexual organs. IId edition. Philadelphia, 1883. 8°. p. 176.

Guelliot, O. Des troubles de la sécrétion et de l'excrétion spermatiques. — Annales de dermat. et syph. Paris, 2 Sér. IV, p. 204 bis 213.

Guyon, F. De l'uréthrite chronique; influence des diathèses sur sa marche et ses complications. — Journ. de méd. et chir. prat. Paris, LIV, p. 156—161.

Guyon, F. Cystite blennorrhagique aiguë datant de deux mois; persistance de tous les symptômes malgré le traitement; guérison rapide sous l'influence des instillations au nitrate d'argent. — Annales d. mal. d. organ. génito-urin. Paris, 1882—83, I, p. 317—321.

Hahn. Zur Behandlung der syphilitischen Ulcerationen des Mastdarms. — Wiener med. Blätter. VI, p. 612.

Haslund, A. Excisionen af Chankeren som abortiv Behandlingsmethode for Syfilis. — Ugeskrift f. Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4 R. V, pp. 41, 69.

Henderson, T. Chronic rectal ulcers. — Denver med. Times. III, p. 163—165.

Herrenschmidt. Le crâne et le cerveau d'une femme de 69 ans morte de syphilis cérébrale. — Mémoires de la soc. de méd. de Strasbourg (1881—82), 1883, XIX, pt. 2, p. 20—22.

Herschell, G. The urethrograph; an instrument for obtaining a diagram of the circumference of the urethra. — Lancet. London, I, p. 943.

Hill, B. and A. Cooper. The student's manual of venereal diseases. IIId edition. London. 12°.

Hue, A. Chancre infectant de l'amygdale. — France méd. Paris, I, p. 752—754.

Jacobson, N. Hereditäre syphilitische Laryngitis. — Med.-chir. Corresp.-Blatt f. Deutsch-Amerik. Aerzte. Buffalo, Nr. 4, 5.

Jeszensky, B. Ein Fall von Gangrän des Penis nach Blennor-

rhoea urethrae. — Pester med.-chir. Presse. Budapest, XIX, p. 5; aus Gyógyászat, 1882, Nr. 49.

Juler, H. Extensive central choroiditis in a hypermetrope; history of syphilis. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1881—82, II, p. 61.

Kadler, L. Mydło rtęciowe (Sapo mercurialis) jako środek t. z. antisyfilityczny. — Medycyna. Warszawa, XI, p. 350—352.

Kazanski. Sifilis krestjan Belgorodskago uezda, Kurskoi guberni (Syphilis unter dem Landvolke in Belgorod). — Vrachebniya Vaidomosti. St. Petersburg, VIII, p. 3950—3954.

Kehrer, F. A. Ueber die Infection der Schrunden der Brustwarzen. — Prakt. Arzt. Wetzlar, XXIV, p. 49—53.

Kidd, P. Two cases of congenital syphilis of the larynx. — British med. Journ. London, I, p. 813.

Knight, C. H. Syphilis and aneurism. — Arch. med. New York, IX, p. 212—218.

Knight, C. H. Syphilitic stenosis of the larynx; tracheotomy. — Illustr. med. and surg. New York, II, p. 147.

Kundsen, P. De veneriske Sygdommes Hyppighed i sondre sjaellandske Fysikat (Häufigkeit der venerischen Erkrankungen im ganzen Distrikt von Seeland). — Ugeskrift f. Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4 R. VI, p. 221—225.

Lagorio, A. The hypodermic treatment of syphilis. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 459—469.

Lancereaux, E. Du diagnostic de la syphilis hépatique. — Union méd. Paris. 3 Sér. XXXV, p. 565—570.

Lassar, O. Ueber die Excision des Ulcus durum. — Berliner klin. Wochenschr. XX, p. 344—346.

Lecour, C. De la prostitution, de ses causes, de ses consequenses et de sa réglementation. — Arch. générales de méd. Paris, I, p. 588 bis 604.

Lehmann, V. Zum Quecksilbernachweis. — Zeitschr. f. physiol. Chemie. Strassburg, 1882—83, VII, p. 362—365.

Lewin, G. Functionsstörungen des Hypoglossus bei einem Kranken mit syphilitischer Glossoplegie. — Deutsche med. Wochenschr. Berlin, IX, p. 253.

Liebreich. Ueber die Behandlung der Syphilis mit Quecksilberformamid. — Wiener med. Presse. XXIV, p. 17—20.

Liégeois, C. Un cas d'adénopathie bronchique de nature syphilitique. — Concours méd. Paris, V, p. 280.

Lloyd, J. Gummata of the tongue in hereditary syphilis. — Lancet. London, I, p. 636.

Lydston, G. F. The treatment of bubo. — Chicago med. Journ. and Examiner. XLVI, p. 478—499.

Mackenzie, S. Subcutaneous nodules occurring in a patient the subject of syphilis, and with very indefinite connection with rheumatism. — Med. Times and Gaz. London, I, p. 542; British med. Journ. London, I, p. 867.

Magitot, E. Rachitisme et syphilis héréditaire. — Gaz. hebdom. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 266.

Mallez, F. Formulaire des maladies des voies urinaires. Notes thérapeutiques et cliniques recueillies à la clinique de la rue Christine. Paris. 12°. p. 292.

Mandl, M. Ein Fall von Diabetes insipidus, der wahrscheinlich in Folge von Syphilis entstanden ist. — Allgem. Wiener med. Zeitg. XXVIII, p. 217 aus Gyógyászat. Budapest, Nr. 15.

Masselon, J. Mémoires d'ophthalmoscopie. Chorio-rétinite specifique. Paris. 8°.

Mathieu, E. Observation de gangrène totale du gland, consécutive à un phimosis accidentel; autoplastie. — Gaz. hebdomad. de méd. Paris, 2 Sér. XX, p. 331—335.

Mauriac, Charles. Léçons sur les maladies vénériennes; professées à l'hôpital du midi. Paris, 8°. p. 1088.

Mauriac, C. Caractères et processus de la blennorrhagie. — Ann. d. mal. d. organ. génito-urinair. Paris, 1882—83, I, p. 438—453.

Mauriac, C. Du traitement de la syphilis (Extrait d'un ouvrage qui va paraître). — Bulletin général de thérap. Paris, CIV, pp. 301, 355, 417, 441.

Mauriac, C. Pathologie générale de la syphilis (Extrait). — France méd. Paris, I, pp. 553, 563, 567, 578, 587.

Maury, R. B. Purulent infantile vaginitis. — St. Louis Courier of med. IX, p. 424—426.

Millard. Pseudo-paralysie syphilitique chez une petite fille de deux mois et demi. — Gaz. des hôpitaux. Paris, LVI, p. 442—444.

Minerbi, C. Di una manifestazione sifilitica secondaria non descritta dagli autori. — Rivista clin. di Bologna. 3 Ser. III, p. 198—204.

Morison, R. B. Bacteria and their presence in syphilitic secretions. II. Communication. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1883—84, X, p. 1; deutsch in Prager med. Wochenschr. VIII, p. 121.

Morrow, P. A. On excision of the chancre as a means of aborting syphilis. — Transactions of the New York acad. of med. 2 Ser. III. p. 189—205.

Müller, Friedrich Wilh. Grundriss der Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. Für praktische Aerzte und Studirende. Leipzig, 1884, 8°. pp. XII, 172 u. 3 Taf.

Müller, R. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Syphilis hereditaria der Neugeborenen. — Virchow's Arch. Berlin, XCII, p. 532 bis 555.

Nettleship, E. Choroido-retinitis from hereditary syphilis. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1881—82, II, p. 60.

Neumann, I. Zur Lehre von der Uebertragbarkeit der hereditären Syphilis. — Wiener med. Blätter. VI, pp. 531, 568.

Nikolvski, D. S. O sifilise v Ekaterinburgskom ujezde i merach protiv nego s 1872 g. po 1882 i. — Voyenno-san. dielo. St. Petersburg, III, pp. 92, 101.

Noquet. Syphilis héréditaire tardive; perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans; otite moyenne double, concomitante; heureux effets du traitement spécifique. — Revue mens. de laryngol. etc. Bordeaux. IV, p. 132—141.

Otis, Fessenden N. Practical clinical lessons on syphilis and the genito-urinary diseases. II. vol. I: Syphilis and chancroid; II: Gonorrhoea and its sequelae. New York, 8°. pp. 260, 584.

Otis, F. N. Significance of psoriasis of the tongue following syphilis, with a consideration of the inoculability of late lesions and their relation to marriage. — Med. Gaz. New York, X, p. 232—237.

Ozenne. Note pour servir à l'histoire des syphilides traumatiques. Revue par M. Verneuil. — Union méd. Paris, 3 Sér., XXXV, pp. 445, 469.

Parrot. Sur les rapports qui existent entre le rachitis et la syphilis héréditaire. — Bulletin et mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 173–180.

Petrone, S. M. Sulla natura parasitaria dell'artrite blennorragica. — Rivista clin. di Bologna. 3. Ser., III, p. 94—113.

Pontoppidan, E. Om konstitutionel Behandling mod de tidligfte Syfilissymptomer. — Hospital-Tidende. Kjobenhavn, 3 R. I, p. 289 bis 300.

Pozzi, S. La syphilis chez le singe. — Bulletin de la soc. d'anthropolog. de Paris. 3 Sér., VI, p. 202—205.

Putzel, L. Hemianaesthesia and hemiopia in cerebral syphilis. — Med. Record. New York, XXIII, p. 452—456.

Rabitsch. Un caso di sifilide iniziale d'una tonsilla. — Gazz. d. ospedale. Milano, IV, p. 218.

Ranse, F. de. Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis. — Gaz. méd. de Paris, 6 Sér. V, pp. 160, 173, 184, 194.

Raphael, H. Report of two cases of syphilis of the lungs. — New York med. Journ. XXXVII, p. 571—574.

Rebatel. Recherches expérimentales sur l'inoculation des maladies vénériennes aux animaux. — Mémoires et compt.-rend. de la soc. des scienc. méd. de Lyon (1881). 1882, XXI, p. 223—229; pt. 2, p. 199.

Richard, Edouard. De l'asthénie syphilitique. Thèse. Paris, 4°. p. 52.

Rocha, A. Contribuiçoes para o estudo do tratamento das orchites. — Coimbra med. III, p. 113—116.

Róna, S. Syphilis gyógyiása formiamidum hydrargyratum (higany-formiamid) oldatával. — Orvosi hetilap. Budapest, XXVII, p. 294—298; deutsch in: Pester med.-chir. Presse. XIX, p. 438.

Roques, C. Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile, terminée par la guérison. — Thérap. contemp. Paris, III, p. 337—340.

Routh, C. H. F. On the difficulty of diagnosing true syphilitic disease in women, and the nature of its contagion. — Med. Press and Circular. London, N. S. XXXV, pp. 397, 419, 441.

Royer. Les indications de la médication de Challes dans la syphilis, — Annales de la soc. d'hydrolog. méd. de Paris, 1882—83, XXVIII, p. 288—300.

San Juan, M. Sifilis adquirida por medio de la lactantia. — Revista espec. de oftalm., sifil. etc. Madrid, VII, p. 145—152.

Scarenzio, A. Resoconto sommario della clinica dermo-sifilopa-

tica di Pavia durante l'anno 1881. — Giornale ital. della mal. veneree. Milano, XVIII, p. 81—91.

Schüller, M. Ueber syphilitische Gelenkleiden. — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. Berlin, 1882, XI. pt. 2, p. 123 bis 132.

Schwartz, H. Nogle Bemaerkinger i Anledning af Axel Proschowsky's Pjece „Desinfectionsmethodens Anvendelse til Forbygelse af venerisk Smitte". — Ugeskrift for Laeger. Kjobenhavn, 1882, 4 R. VI, p. 433—441.

Seiler, Carl. Handbook of the diagnosis and treatment of diseases of the throat, nose and noso-pharynx. Second edition, thoroughly revised and greatly enlarged. Philadelphia, 8°, p. 295.

Seltzer, C. M. Condylomatous tumour of the labium. — New York med. Journ. XXXVII, p. 414.

Sereñana y Partagas, Prudencio. La prostitucion de la ciudad de Barcelona estudiada como enfermedad social y considerada como origen de otras enfermedades dinamicas, organicas y morales de la poblacion barcelonesa; con un prológo del Juan Gine. Barcelona, 1882, 8°. p. 252.

Sexton, S. Tubercular syphilide of the ear. — Journ. of cutan. and vener. diseases. New York, 1882—83, I, p. 257—363.

Sinéty, de. Influence de la fièvre typhoïde sur les affections syphilitiques et blennorrhagiques. — Compt. rend. de la soc. de biolog. Paris, 7 Sér., IV, p. 94—96.

Sokołowski, A. Przyczynek do kazuistyki i leczenia przewlekłego wiądu rdzenia kręgowego (Tabes dorsalis). — Gaz. lekarska. Warszawa, 2 Ser. III, pp. 221, 244, 264.

Somma, L. Su di una forma morbosa articolare per sifilide ereditaria. — Giornale internazion. d. sc. med. Napoli, 1882, N. S., IV, pp. 840, 1067.

Spillmann, P. De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. Nancy, 8°.

Stintzing, R. Laryngo-Tracheobronchitis syphilitica. — Aerztl. Intellig.-Blatt. München. XXX, p. 186.

Thiry. De l'unicité chancreuse; ses avantages; elle procède des faits; observation de chancre phagédénique terminé partiellement par induration initiale; syphilis consécutive. — Presse méd. belge. Bruxelles, XXXV, p. 169.

Thompson, H. Clinical lectures on diseases of the urinary organs. VIIth edition. London, 8°.

Tomashevski, S. P. Upotreblenii trichlorfenola v sifiliticheskoi praktike. — Vrach. St. Petersburg, IV, pp. 275, 292, 325, 340.

Troisier, E. Note sur un cas de pseudo-paralysie syphilitique infantile. — Abeille méd. Paris, XL, p. 185.

Veronese, F. Die Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. — Mittheil. des Wiener med. Doct.-Colleg. IX, p. 129—134; Wiener Klinik. Hft. IX, p. 209—236.

Warren, J. H. A somewhat rare disease of the spermatic cord, testis and scrotum. — Virginia med. Monthly. Richmond, 1883—84, X, p. 219—224.

Webster, D. Two cases of syphilitic disease of the labyrinth, with remarks. — Arch. of otology. New York, XII, p. 76—82.

Webster, D. A case of syphilitic disease of the labyrinth, with poisoning by bromide of potassium. — Planet. New York, I, p. 25.

Weissenberg. Zur Therapie des Fluor albus (Vulvo-Vaginitis) im frühen Kindesalter mittelst Jodoform. — Allgem. med. Central-Zeitg. Berlin, LII, p. 381.

Wherry, G. A case of hard chancre of the conjunctiva of the lower eyelid. — Transactions of the ophthalm. soc. U. Kingdom. London, 1881—82, II, p. 8.

Whitney, W. F. On the existence of syphilis in America before the discovery by Columbus. — Boston med. and surg. Journ. CVIII, p. 365.

Wille, L. Ein Fall von Hirnluës. — Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte. Basel, XIII, p. 223—227.

Zeissl, M. Erkrankung des Samenstranges in Folge von Syphilis. — Wiener med. Blätter. VI, p. 341—344.

Zwicke. Mastdarm-Geschwüre. — Charité-Annalen. (1881.) Berlin, 1883, VIII, p. 451.

Zwicke. Caries pedis et tibiae; syphilis constitutionalis; amputatio cruris; Heilung. — Ebenda, p. 479.

Vienna letter. Syphilis and its treatment. — Canada med. and surg. Journ. Montreal, 1882—83, XI, p. 577—584.

Discussion sur la descendance syphilitique du rachitisme. — Bulletin et mémoires de la soc. de chir. de Paris. N. S. IX, p. 352 bis 361.

Prostitution in Paris. — Westminster Review. (Americ. edit. New York, CXIX, p. 236—249.

Rapport van de Commissie tot bestrijding van syphilis. — Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Amsterdam. XIX, p. 341—350.

Military lock hospitals of the Madras Presidency. Annual report for the year 1881. Madras, 1882, fol. p. 31.

# Autoren-Register.


A.

Althaus 406.
Andeer 599.
Arning 92, 95, 98, 371.
Auspitz 160, 161, 167, 588, 591, 661, 670.

B.

Backer 607.
Ballet 613.
Balzer 654.
Beiersdorf 125.
Bergh 597, 627.
Besnier 585, 635.
Bockhart 3, 616.
Boeck 481, 647, 665.
Böing 600.
Broadbent 406.
Buchwald 553.
Buzzard 407.

C.

Campana 394, 637, 643.
Chvostek 19, 271.
Comanos 132.
Cornil 631.
Csokor 628.
Curtis 393.
Cushier 619.

D.

Damsch 636.
De Luca 398.
Diday 421, 643.
Dornig 572.
Doutrelepont 631, 641.
Doyen 663.
Dutil 613.

E.

Ehrlich 137.
Eisenschitz 664.
Erb 658.

F.

Falkson 655.
Fehleisen 128.
Feoktistow 648.
Finger 422.
Fischer 594.
Fissiaux 398.
Friedländer 605.
Fürbringer 385, 386, 387.

G.

Gamborg 624.
Goldscheider 146.
Grefberg 581, 629.
Greve 621.
Grocco 620.
Güntz 404.

H.

Hahn 409, 634.
Hallopeau 607.
Hansen 151, 557.
Haslund 471.
Hebra 401, 671.
Heurot 620.
Herteloup 643.
Huet 134.

J.

Juliusburger 100, 108.
Jullien 643.
Jurinsky 598.

K.

Kaposi 118.
Karewski 611.
Koebner 156, 637.
Kollmann 674.
Kopp 653.
Korach 153.
Kroell 612.
Krówczýnski 422.

L.

Lang 377.
Lassar 398, 587, 625.
Leblond 398.
Leloir 631.
Lenharty 148.
Leppmann 289.
Lesser 87, 609.
Lewinski 582, 585, 640.

Liebreich 414.
Lublinski 649, 651.
Lustgarten 669.

M.

Mannino 146.
Meyer 613.
Milton 677.
Modrzejewski 157.
Molbini 133.
Morison 402.
Morris 587.
Mraček 209.
Müller 665.

N.

Napier 126.
Neisser 47, 491, 560.
Neumann 673.
Nieden 140.
Nielly 158.

O.

Obersteiner 407.
Obertüschen 630.
Orr 669.
Oswald 134.

P.

Pagenstecher 633.
Pape 594.
Pellizzari 676.
Petersen 398, 509, 648.
Petyko 145.
Pfeiffer 633, 634.
Pick 123, 660.
Poensgen 638.
Pohl-Pincus 604.
Pokrowski 647.
Polanyi 599.
Pontoppidan 566.
Pospelow 455.
Prieger 137.
Prior 608.
Proksch 63, 309.

R.

Rabitsch 641.
Ramon de la Sota 151.
Ravogli 678.
Riedel 656.
Rumpf 408.

S.

Saint Germain 644.
Scheube 401.
Schiff 355, 519.
Schröter 122.
Schuster 420.
Schwartz 602.
Semon 403.
Sims 419.
Sinéty 660.
Smirnoff 413.
Sokolowski 405.
Squire 392.
Stickler 603.
Strack 402.

T.

Tarnowski 395.
Taylor 646.
Tomaschewski 668.
Touton 675.
Troisier 657.
Tuffier 607.

U.

Uchermann 626.
Unna 113, 115, 122, 125, 231, 584, 595.

V.

Vajda 389.
Vidal 397, 622.
Voelkel 597.
Voigt 408, 601.
Vomacka 596.

W.

Welander 409.
Wertheim 394.
Whitehead 393.
Whitney 598.
Willard 644.
Wolberg 132.
Wolff 601.

Z.

Zeissl M. 645, 655.
Ziesing 132.
Zimmerlin 609.

# Sach-Register.


## A.

Seite

Alopecia areata, Drei Fälle von, in derselben Familie, von Gamborg... 624
Alopecia completa traumatica, Ein Fall von, von Uchermann ..... 626
Alopecia praematura, Ueber, von Lassar ..... 625
Aneurysmen, Miliare, des Herzbeutels bei einem Syphilitischen, von Balzer ..... 654
Antimon, Die Anwendung von, bei gewissen Hautkrankheiten, von Malcolm Morris ..... 587
Arzneistoffe, in dünnen festhaftenden Schichten, Ueber die Application von, auf die Haut, von Auspitz..... 588
Augenlied-Affection, gummöser, Ein Fall von, von J. Dornig ..... 572
Aussatz, anästhetische Form des, Einige Bemerkungen über die, von G. Armauer Hansen..... 557

## B.

Bacillus Leprae, Studien über, von Hansen..... 151
Bacterien, Vorkommen von, bei Syphilis, von Morison..... 402
Bemerkungen, Einige, gelegentlich Dr. Eisenschitz's Artikel über die Ernährung hereditär syphilitischer Kinder nebst Mittheilungen von vier Fällen von Mamillarschanker, vom Munde hereditär syphilitischer Kinder herstammend, von Boeck ..... 665
Blasen in der Epidermis, Vergleichende Untersuchung über die Entwicklung der, von Touton, angezeigt von Auspitz..... 675
Blasenbildung, Hereditäre Neigung zur, von Goldscheider..... 146
Blatternepidemie im Schlitzerland, von Ziesing ..... 132
Blennorrhagie und die Abweichungen des blennorrhagischen Processes, Ueber die, von Herteloup und Jullien..... 643
Blennorrhöe, chronische, Ueber einige seltenere Befunde bei, der männlichen Harnröhre, von Vajda ..... 389
Bubonen, Zur operativen Behandlung der, von Pokrowski, Petersen, Feoktistow ..... 647
Bubonenbehandlung, Dauerverband bei der, von Petersen ..... 398

## C.

Chrysophansäure, Ueber die innerliche Anwendung der, bei Psoriasis, von Napier..... 126

## D.

Dermatitis, pemphigusartige, Ein Fall von tödtlicher, mit Veränderungen im Nervensystem, von Meyer ..... 613

Seite
Dermatological Association, American, Bericht über die siebente Jahresversammlung der ..... 678
Dermatose, bei uns unbekannte parasitäre, Ueber einen Fall von, von Nielly ..... 158

## E.

Eczem, Zur Aetiologie des, von Kroell ..... 612
Eczeme, Aphoristisches über die Behandlung der, von Auspitz ..... 591
Elephantiasis arabum, Zur Aetiologie der, von Bockhart ..... 616
Endoscope, The, in diseases of the male urethra, von Ravogli ..... 678
Enteritis bei Lues hereditaria, von Mračeк ..... 209
Epidermisschuppen von Scharlachkranken in der Schälungsperiode, Befunde an den, von Pohl-Pincus ..... 604
Ernährung hereditär syphilitischer Kinder, Die, von Eisenschitz ..... 664
Erysipel, Behandlung von, mit Trichlorphenol, von Jurinsky ..... 598
Erysipel, Die Aetiologie des, von Fehleisen ..... 128
Erysipel, Ueber den Einfluss des, auf Syphilis, von Strack 402, von Pick ..... 660
Erysipel, Zur Therapie des, von Polányi ..... 599
Erysipelas, Ueber die Veränderungen des Blutes bei, von Whitney ... 598
Erwiederung auf den Aufsatz Hansen's: Einige Bemerkungen über die anästhetische Form des Aussatzes, von A. Neisser ..... 560
Erwiederung auf Herrn Dr. Böing's Schrift: Die medicinische Statistik im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf Pocken- und Impffrage, von Voigt ..... 601
Erythanteme, Essentielle (Auspitz) — Erythema multiforme und Purpura rheumatica — durch Schlundentzündungen hervorgerufen, von Cäsar Boeck ..... 481
Erythema papulatum uraemicum, von Huet ..... 134
Erythema scarlatiniforme bei acutem Gelenksrheumatismus, Ein Fall von, von Hallopeau und Tuffier ..... 607
Excision der Initialsklerose, Ueber, von Lassar ..... 398
Excision eines primären Syphiloms, von De Luca ..... 398
Excision einer Initialsklerose, Ein Fall von ..... 570
Excision der syphilitischen Initialsklerose, Beiträge zur Frage der, von Eduard Schiff ..... 519

## F.

Fibromata mollusca, Multiple angeborene, von Modrzejewski ..... 157
Furchen und Falten der Haut, Ueber die, von Lewinski ..... 582

## G.

Geflügelpocke, Ueber den feineren Bau der, von Csokor ..... 628
Gelatine, arzneihaltige, Die therapeutische Verwendung, bei Hautkrankheiten, von Pick ..... 123
Gelenksleiden, luetische. Zur Lehre von den, von Falkson ..... 655
Gonococcen bei Bartolinitis, Ueber das Vorkommen von, von Arning ... 371
Gonorrhoea, On the Pathology and Treatment of, von J. L. Milton ... 677
Gumma des Augenlides, von Juliusburger ..... 100
Gummata perforantia ossis frontis, von Juliusburger ..... 103

Seite

## H.

Haaröle, Praktische Notizen über, von Vomačka ..... 596
Harnröhrentripper, Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des, von Bockhart..... ..... 3
Harnröhrenausflüsse, Zur Diagnose der, von Fürbringer..... 386
Haut und deren Drüsen in ihrer Entwicklung, Die, von Grefberg ... 581
Haut-Atrophie, Ein Fall von diffuser, idiopathischer, von A. Buchwald ..... 553
Hautentzündung, Experimentelle Untersuchungen über, von Schiff..... 355
Hautgangrän bei einem Neugeborenen, Ein Fall spontaner, von Greve 621
Hautkrankheiten, Atlas der, von I. Neumann, angezeigt von Auspitz 673
Hautkrankheiten, Handbuch der, XIV. Bd. von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, angezeigt von Auspitz... 670
Herpes-Epidemie, Eine, von Zimmerlin ..... 609
Herpes gestationis, Fall von, von Oswald ..... 134
Herpes tonsurans in vier concentrischen Ringen, von Arning..... 98
Herpes tonsurans, Salicylsäure gegen, von Rabitsch..... 641
Herpes Zoster, Weitere Beiträge zur Lehre vom, von Lesser..... 609
Hirnsyphilis, Beobachtungen über, von Chvostek ..... 19, 271
Hydrargyrum, Ueber die Ausscheidung des, durch den Harn, von Schuster 420
Hydrargyrum tannicum, Ueber, von Lustgarten ..... 669

## I.

Ichthyol, Ueber, von Unna und Schröter ..... 122
Impffrage, Zur, von Wolff ..... 601
Infectionskrankheiten, drei verschiedene, bei demselben Individuum, Ueber das gleichzeitige Auftreten von, von Prior ..... 608
Initialsklerose, Ein Fall von Excision einer ..... ..... 570
Initialsklerose, syphilitische, Beiträge zur Frage der Excision der, von Eduard Schiff..... 519
Inoculationsresultate von Sklerosen auf dem Träger, Ueber einige, von E. Pontoppidan ..... 566
Irrigation der männlichen Harnröhre, von Whitehead..... 393
Irrigation von warmem Wasser zur Behandlung der Blennorrhagien, von Curtis ..... ..... 393
Jodoform, Anwendung des, in der syphilitischen Klinik, von Tarnowski 395
Jodoform bei acuter Urethritis, von Campana ..... 394
Jodoform in Pflasterform, Ueber die Anwendung des, von Pape und Fischer ..... 594

## K.

Keratoma palmare et plantare hereditarium, Ueber das, von Unna..... 231
Kohlensäure gegen Impotenz, von Wertheim..... 394
Krätzmilben, Aushebung der, Ein Instrument zur, von Bergh..... 597

## L.

Leimglycerin als Constituens in der Dermatotherapie von Unna und Beiersdorf..... 125
Lepra, Beobachtungen über locale Behandlung der, von Campana..... 637
Lepra, Lupus und Carcinom im Halse, Ueber die klinische Unterscheidung von, von Ramon de la Sota y Lastra ..... 151
Lepra, Uebertragungsversuche von, auf Thiere, von Damsch ..... 636

Seite
Leucoderma syphiliticum, Ueber das, von A. Neisser ..... 491
Leucoplasia buccalis, Ueber die, von Vidal ..... 622
Lupus, Der, und seine Behandlung, von Besnier ..... 635
Lupus essentialis tuberculosus, von Grefberg ..... 629
Lupus, Experimentelle und histologische Untersuchungen über das Wesen des, von Cornil und Leloir ..... 631
Lupus laryngis, Ein Fall von, von Obertüschen ..... 630
Lupus laryngis, Zur Statistik des, von Alex. Haslund ..... 471
Lupus oder Tuberculose, von Pagenstecher und Pfeiffer ..... 633
Lupus, Ueber die Behandlung des, mit Hauttransplantationen, von Hahn 634
Lupus, Untersuchungen über Inoculation des, von Leloir ..... 631
Lymphdrüsen, Ueber die Veränderungen der, bei Kindern mit hereditärer Syphilis, von Doyen ..... 663
Lymphangiectasie mit Lymphorrhagie, Ueber einen Fall von, von Nieden 140
Lymphangiome der Haut mit verkalktem Inhalt, von Lewinski ..... 640

## M.

Morphium-Exantheme, Zur Frage der, von Molbini ..... 133
Morphium muriaticum, Ueber eine merkwürdige toxische Nebenwirkung des, von Comanos ..... 132
Muttermal der rechten Unterbauchgegend bei einem dreijährigen Mädchen, Abnormes Verhalten eines, von Petyko ..... 145
Myxoedem, Das, und die Bright'sche Krankheit, von Grocco ..... 620
Myxoedem, Ueber die anatomischen Veränderungen und die Natur des, von Heurot ..... 620
Myxoedema, Ein Fall von, von Elisabeth M. Cushier ..... 619

## N.

Naphtol, Indicationen und Behandlung der Hautkrankheiten mittelst, von Kaposi ..... 118
Nephritis, acute, Ein Fall von, nach äusserer Application von Naphtol, von Lesser ..... 87
Nephritis scarlatinosa, Ueber, von Friedländer ..... 605
Nervenendigungen in der menschlichen Haut, Die, von Unna ..... 115
Neurome, Multiple im Bereiche des Plexus brachialis sinister, cavernöse Angiome, Lymphangiome und Neurofibrome der linken oberen Extremität, von Köbner ..... 637

## O.

Oedema malignum, Ueber das Auftreten des, bei Typhus abdominalis, von Prieger und Ehrlich ..... 137
Oestrus hominis, Fall von, von Voelkel ..... 597

## P.

Papillomatosis universalis, Ein Fall von, von Lang ..... 377
Paraphimose, Ueber Behandlung der, von M. Zeissl ..... 645
Pemphigus acutus gangraenosus, Ueber, von Lenharty ..... 148
Phimosis congenitalis, Behandlung der, durch Dilatation der Vorhaut, von de St. Germain ..... 644
Pigmentosen, Abnorme cutane, von Bergh ..... 627
Pyrogallussäure oder Pyrogallol, Behandlung des phagedänischen einfachen Schankers mit, von Vidal ..... 397

Seite

Pyrogallussäure, Ueber die Vergiftung mit, angewendet in Einreibungen bei Psoriasis, von Besnier ..... 585

## R.

Reinfection, syphilitische, Zwei Fälle von, von Hebra ..... 401
Reinfection, syphilitische, innerhalb 9 Jahre, Ein Fall von, von Arning 92
Resorcin, Das, bei Erysipel, von Andeer ..... 599
Resorcin in der Behandlung des Epithelioma, von Mannino ..... 146
Resorcin, Ueber die Anwenduug des, bei nichtinficirendem Chancre, von Leblond und Fissiaux ..... 398
Rete Malpighii, Zur Physiologie des, von Lewinski ..... 585
Rhinosklerom, Das, von Pellizzari, angezeigt von Schiff ..... 676
Rinecker, Franz v., Nekrolog von Auspitz ..... 167

## S.

Salicyl-Pasten, von Lassar ..... 587
Salicylsäure gegen Herpes tonsurans, von Rabitsch ..... 641
Samenstrang, Erkrankung des, in Folge von Syphilis, von M. Zeissl 655
Sarkomatose der Haut, Allgemeine; Heilung durch subcutane Arseninjectionen, von Koebner ..... 156
Scharlachgift des Pferdes als Schutzmittel gegen menschlichen Scharlach, von Stickler ..... 603
Scharlach-Recidive, Eine, von Wolberg ..... 132
Schutzblatter-Impfverfahren, Ein neues hygienisches, und eine verbesserte Methode zur Erlangung einer guten haltbaren humanisirten Lymphe von Schwartz ..... 602
Schwefeltherapie und Schwefelpräparate, Aphorismen über, von Unna 595
Sigmund, Carl v., Nekrolog von Auspitz ..... 161
Spermakrystalle, Untersuchung über die Herkunft und klinische Bedeutung der sog., nebst Bemerkungen über die Componenten des menschlichen Samens und der Prostatorrhöe, von Fürbringer ... 385
Spermatorrhöe und Prostatorrhöe, Ueber, von Fürbringer ..... 386
Statistik, medicinische, Die, im Allgemeinen und speciell in Anwendung auf die Pocken- und Impffrage, von Böing ..... 600
Stimmband-Atrophie linkerseits in Folge von congenitaler Syphilis, von Semon ..... 403
Sykosis parasitaria, Fall von, von Doutrelepont ..... 641
Syphilis, Behandlung der, von Marion Sims 419, von Liebreich ..... 414
Syphilis, Behandlung der, mit subcutanen Calomel-Injectionen, von Smirnoff ..... 413
Syphilis, Cascara amarga gegen, von Orr ..... 669
Syphilis, cerebrospinale, Fall von, von Althaus ..... 406
Syphilis der Lunge, Zur Diagnose der, am Lebenden, von Güntz ..... 404
Syphilis der Trachea und Bronchien, Pneumonia syphilitica, von Kopp 653
Syphilis des Rückenmarks, von Buzzard ..... 407
Syphilis, Geschichte der, von Scheube ..... 401
Syphilis haemorrhagica neonatorum, von Ejnad Petersen ..... 509
Syphilis hereditaria der Neugebornen, Beiträge zur pathologischen Anatomie der, von Müller ..... 665
Syphilis-Statistik, Ueber, von Auspitz ..... 661
Syphilis, tertiäre, Casuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der, von Riedel ..... 656
Syphilis, Ueber die zur Verhinderung der Verbreitung der, erforderlichen sanitätspolizeilichen Vorschriften, von Leppmann ..... 289

Seite
Syphilis und Dementia paralytica, von Obersteiner ..... 407
Syphilis und Tabes dorsalis, von Voigt ..... 408
Syphilitische Infection durch die Tonsille, Vier Fälle von, von Boeck 647
Syphilitische Infection einer graviden Mutter seitens des recent luetischen Ehemannes; gesundes Kind; spätere Infection desselben durch die Mutter, von Arning ..... 95
Syphilitische Initialaffectionen im ersten Stadium ihrer Entwicklung, Ueber das eigenthümliche Aussehen der, von R. W. Taylor ..... 646
Syphilitische Initialsklerose, Beiträge zur Frage der Excision der, von Eduard Schiff ..... 519
Syphilitische Lungenschwindsucht, Ueber, von Sokolowski ..... 405
Syphilitische Pachymeningitis, von Broadbent ..... 406
Syphilitische Pharynxstricturen, Ueber, von Lublinski ..... 549
Syphilitische Pseudoparalyse bei Kindern, Notiz über einen Fall von, von Troisier ..... 657
Syphilitische Stenosen des Oesophagus, Ueber, von Lublinski ..... 651
Syphilitische Ulcerationen des Mastdarmes, Zur Behandlung der, von Hahn ..... 409
Syphilidologia, napisał, von Dr. Krówczyński, besprochen von Finger 422

## T.

Tabes dorsalis, Zur Aetiologie der, von Erb ..... 658
Tabes-Syphilisfrage, Zur, von Rumpf ..... 408
Tastapparat der Hand der menschlichen Rassen und der Affen, Der, von Kollmann, angezeigt von Auspitz ..... 674
Tertiär-syphilitische Affectionen der äusseren männlichen Geschlechtstheile, Einige Fälle von, von Welander ..... 409
Trichlorphenol in der syphilitischen Praxis, Ueber Anwendung des, von Tomaschewski ..... 668
Tripper, Ueber den, von Diday ..... 643
Trippertherapie, Zur, von Campana ..... 643
Trophische Störung der Haut bei Tabetischen, Notiz über eine, von Ballet und Dutil ..... 613
Trophoneurose im Bereiche des nervus supraorbitalis, Ueber einen Fall von, von Karewski ..... 611
Tuberkelbacillen in der lupös erkrankten Conjunctiva, von Pfeiffer... 634
Tuberkelbacillen im Lupus, von Doutrelepont ..... 631
Typhus, Einfluss des, auf die syphilitischen und blennorrhagischen Affectionen, von de Sinéty ..... 660

## U.

Ueberhäutung und Ueberhornung, von Unna ..... 584
Urethralfäden, Untersuchungen über die Natur, Herkunft und klinische Bedeutung der, von Fürbringer ..... 387
Urethralspritze, Ueber eine neue, von Balmano Squire ..... 392

## V.

Variola-Morbilli, Ein Fall von, von L. Wolberg ..... 132
Varicella und Scarlatina zu gleicher Zeit bei demselben Individuum, von Backer ..... 607
Veiel Ernst in Cannstadt, Nekrolog von Auspitz ..... 160
Venerische Contagien, Die Lehre von den, im 18. Jahrhunderte, von Proksch ..... 63

Seite
Venerische Erkrankungen und deren Uebertragbarkeit bei einigen warmblütigen Thieren, Die, von J. K. Proksch ..... 309
Veränderungen der Haut, Die krankhaften, und ihrer Anhangsgebilde mit ihren Beziehungen zu den Krankheiten des Gesammtorganismus, von Hebra, Buchanzeige von Auspitz ..... 671
Veränderungen der Haut in einem Falle von acuter Leberatrophie, von A. Pospelow ..... 455
Vorhaut, Ueber die Adhärenz und Contractur der, von Forest de Willard ..... 644

## W.

Wasserstoffsuperoxyd, Histologische Verwendung des, von Unna..... 113

## X.

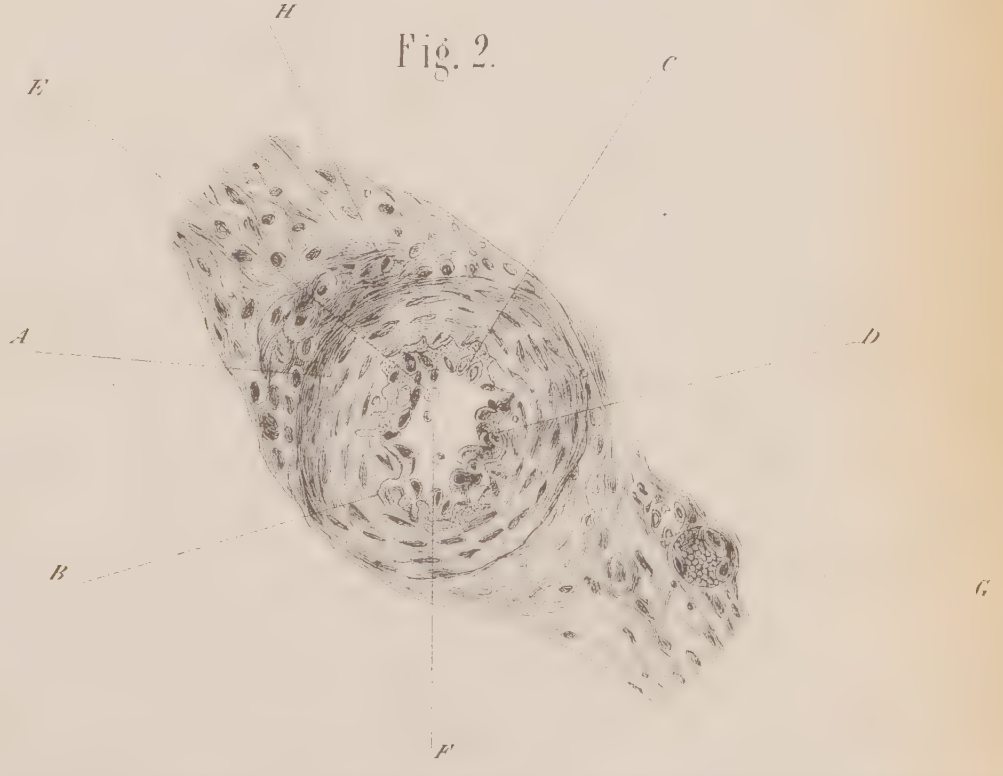
Xanthelasma multiplex, Mittheilung eines seltenen Falles von, von Poensgen ..... 638
Xanthelasma universale, Ueber, von Korach ..... 153
Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Liodermia essentialis cum Melanosi et Teleangiektasia, von Neisser..... 47

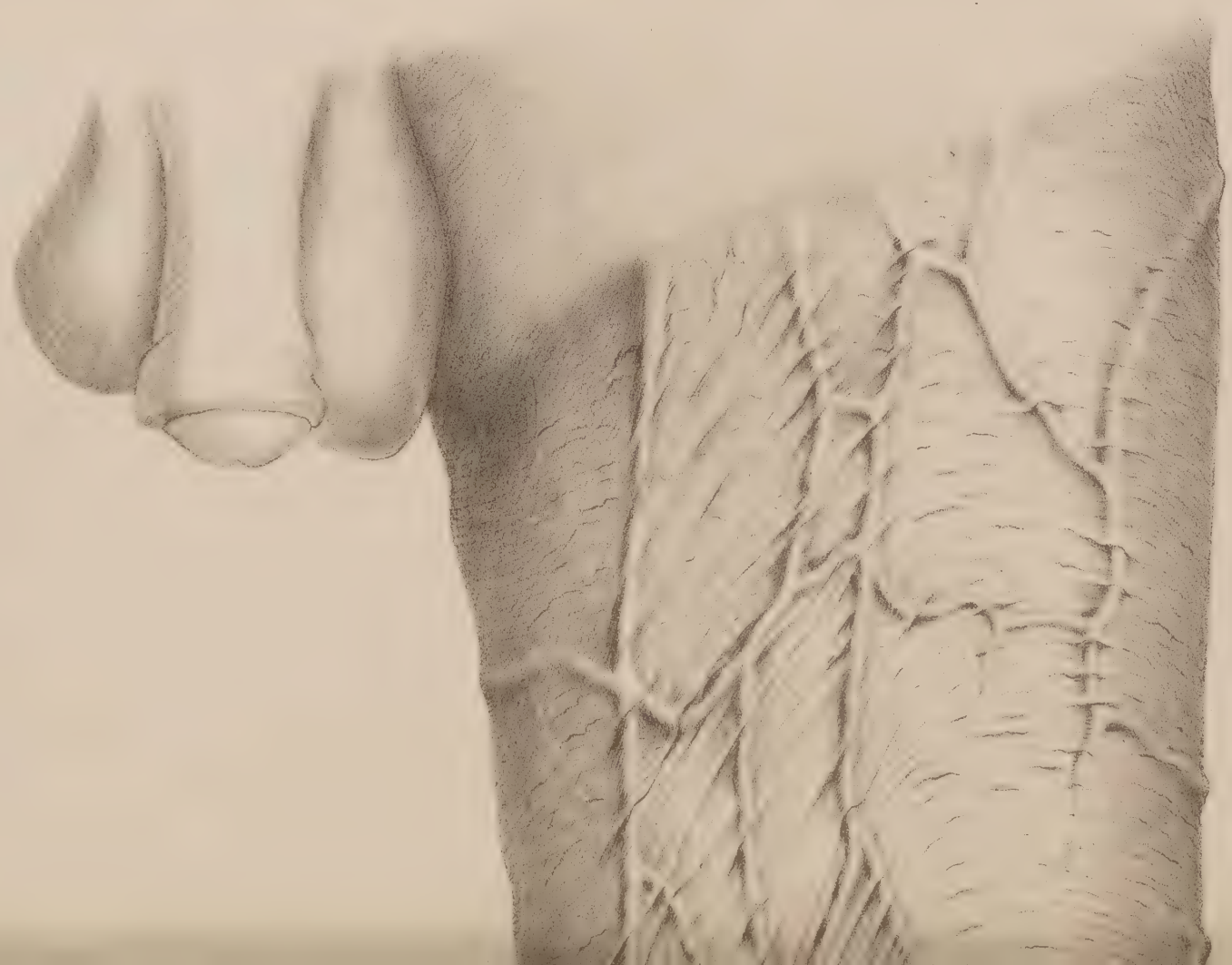
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

WELLCOME LIBRARY

Fig. 1.

Fig. 2.





**Buchwald:** Fall v. diffus. idiopath. Haut-Atrophie.

M. Rosenstein ad nat. del. Lith Anst. v Th. Bannwarth, Wien